



Frauengesundheit

im Fokus:

Gesundheit rund um die
Schwangerschaft



**Frauen
sichtbar &
gesund**

Inhaltsverzeichnis

Gesund leben vor und während der Schwangerschaft	6
Gesunde Ernährung	8
Bewegung	10
Übergewicht und Adipositas	12
Tabak, Alkohol und Medikamente	15
Tabakkonsum	15
Alkoholkonsum	16
Einnahme von Medikamenten	21
Infektionsrisiken und Impfungen vor und in der Schwangerschaft	21
Infektionsrisiken	21
Impfschutz vor und in der Schwangerschaft	23
Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung	25
Unerfüllter Kinderwunsch	32
Fehl- und Totgeburten	35
Häufigkeit von Tot- und Fehlgeburten	36
Ursachen und Risikofaktoren	38
Prävention und Unterstützungsangebote	39
Sensibilisierung für Fehl- und Totgeburten und Unterstützungsangebote	40
Wichtige Anlaufstellen und Angebote	42
Beispielhafte Initiativen und Projekte	44



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe werdende Mütter,

mit dem Jahresschwerpunkt des Bayerischen Gesundheits- und Präventionsministeriums „Frauen – sichtbar und gesund“ richte ich einen besonderen Fokus auf die Verbesserung der Mädchen- und Frauengesundheit. Wichtige Grundlagen dafür werden bereits beim Kinderwunsch und in der Schwangerschaft gelegt. Zugleich ist die Zeit der Schwangerschaft eine ganz besondere Phase im Leben einer Frau – voller Vorfreude, Hoffnung und großer Veränderungen. Sie kann aber auch Herausforderungen, Schwierigkeiten und Sorgen mit sich bringen. Es ist mir ein Herzensanliegen, dass Frauen in dieser Phase bestmögliche Orientierung finden und Unterstützung erfahren.

Die eigene Gesundheit während, aber auch schon vor einer Schwangerschaft zu stärken, ist von zentraler Bedeutung. Durch ausgewogene Ernährung, regelmäßige Bewegung und eine gute medizinische Betreuung können Frauen viel für ihre körperliche Gesundheit und die ihres Babys tun. Ebenso wichtig ist es, auf das seelische Wohlbefinden zu achten, Stress zu verringern und bei Fragen oder Unsicherheiten Rat zu suchen.

In Bayern legen wir großen Wert auf eine umfassende Versorgung von werdenden Eltern. Mit Beratungsangeboten, Vorsorgeuntersuchungen und einem starken Netzwerk aus Ärztinnen und Ärzten, ihren Teams in Praxen und Kliniken, den Hebammen und den Fachkräften in den Beratungsstellen sind wir sehr gut aufgestellt. Gemeinsam möchten wir dazu beitragen, dass die Schwangerschaft eine gesunde und glückliche Zeit ist. Besonders wichtig ist diese Beratung und Unterstützung aber auch in den Fällen, in denen eine Schwangerschaft nicht komplikationslos verläuft, oder wenn sie sogar mit einer Fehl- oder Totgeburt endet.

Ich wünsche allen Frauen, die ein Baby erwarten, für diese besondere Lebensphase viel Gesundheit, Zuversicht und Freude. Mein Dank gilt all jenen, die werdende Mütter begleiten und unterstützen. Ihre Arbeit ist unverzichtbar und leistet einen unschätzbaren Beitrag zur Frauengesundheit.

Ihre

A handwritten signature in blue ink, reading 'Judith Gerlach'.

Judith Gerlach, MdL

Bayerische Staatsministerin für
Gesundheit, Pflege und Prävention

Das Wichtigste in Kürze

- Ende 2023 lebten knapp 2,37 Millionen Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter (15–44 Jahre) in Bayern. Im selben Jahr wurden in Bayern 116.505 Kinder geboren. Darunter waren 1.102 Kinder, deren Mutter unter 20 Jahre alt war. Das durchschnittliche Alter der Mutter bei Geburt des ersten Kindes lag in Bayern im Jahr 2023 bei 30,7 Jahren. Nach einem Maximum in 2021 ist die Zahl der Geburten in Bayern rückläufig.
- Der Lebensstil vor und während der Schwangerschaft spielt eine wichtige Rolle für Eintritt und Verlauf einer Schwangerschaft sowie die Gesundheit des noch ungeborenen Kindes. Jeweils weniger als die Hälfte der erwachsenen Frauen in Bayern nimmt täglich Obst und Gemüse zu sich oder erreicht die Bewegungsempfehlungen der WHO. Übergewicht und Adipositas nehmen in der Bevölkerung insgesamt sowie auch bei Schwangeren zu. 2022 war ein Viertel der Schwangeren in Deutschland übergewichtig, knapp ein weiteres Fünftel adipös. Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, lag gemäß der KiGGS Studie (Welle 2, 2014–2017) bei 11 %. Es wird geschätzt, dass etwa ein Viertel der Schwangeren bewusst Alkohol zu sich nimmt. In Bayern kommen geschätzt etwa 2.000 von einer Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) betroffene Neugeborene pro Jahr zur Welt.
- Eine Supplementierung mit Folsäure zur Verhinderung von Fehlbildungen beim Kind führen rund vier von fünf der Schwangeren in Deutschland durch. Allerdings beginnt ein erheblicher Anteil davon nicht bereits vor der Schwangerschaft wie empfohlen. Zusätzlich wird die Einnahme von Jod während der Schwangerschaft empfohlen, wenn keine medizinischen Gründe dagegensprechen. Etwa die Hälfte der Schwangeren setzt diese Empfehlung um.
- Die meisten Schwangeren in Deutschland nehmen mindestens acht Schwangerenvorsorgeuntersuchungen wahr, bei rund 9 % sind es weniger. Am Screening auf Schwangerschaftsdiabetes nehmen mehr als 90 % der Schwangeren in Bayern teil. In 2021 wurde bei gut 7 % der Schwangeren in Bayern ein Schwangerschaftsdiabetes dokumentiert. Ältere Mütter sind häufiger betroffen als jüngere. Die Häufigkeit des Schwangerschaftsdiabetes ist in den letzten zehn Jahren stetig gestiegen.

- Bei einem großen Anteil der Schwangeren in Deutschland (79 % im Jahr 2022) ist mindestens ein Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert. Zu den Schwangerschaftsrisiken zählen z. B. ein Alter unter 18 oder über 35 Jahren bei der ersten Geburt, Mehrlingsschwangerschaften, Adipositas, (Schwangerschafts-)Diabetes, Bluthochdruck oder ein vorausgegangener Kaiserschnitt.
- Die Impfquoten bei den in der Schwangerschaft ausdrücklich empfohlenen Impfungen gegen Grippe und Keuchhusten sind niedrig. 2021 wurden rund 13 % der zur Grippesaison Schwangeren in Bayern gegen Grippe geimpft, 33 % der Schwangeren gegen Keuchhusten.
- Gegen Ende der fertilen Phase, im Alter von 45 bis 54 Jahren, ist rund jede fünfte Frau in Bayern kinderlos. Einer bundesweiten Studie zufolge ist rund ein Drittel aller kinderlosen Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren ungewollt kinderlos. Schätzungen zufolge liegt bei etwa 35–50 % der Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch eine Endometriose vor. In Bayern wurden im Jahr 2023 im ambulanten Sektor 35.500 gesetzlich versicherte Patientinnen mit der Diagnose Endometriose behandelt, gut 60 % waren im Alter von 20 bis 44 Jahren.
- Im Jahr 2023 gab es in Bayern 484 totgeborene Kinder. In den vergangenen zehn Jahren ist eine leichte Zunahme der Totgeborenenquote zu verzeichnen. Im Gegensatz zu Totgeburten gibt es keine gesicherten Daten zur Anzahl von Fehlgeburten. Beides sind Themen, die öffentlich kaum angesprochen werden. Diese Tabuisierung gilt es zu durchbrechen, auch um Schamgefühlen und falschen Schuldgefühlen vorzubeugen und den Zugang zu Unterstützungsangeboten für betroffene Eltern zu verbessern.

Gesund leben vor und während der Schwangerschaft

Die Phase rund um Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt ist ein besonderer Abschnitt im Leben werdender Eltern und bringt Freude, Hoffnung, aber manchmal auch Herausforderungen und Schwierigkeiten mit sich. Zum Ende des Jahres 2023 lebten knapp 2,37 Millionen Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter (15–44 Jahre) in Bayern. Im selben Jahr wurden in

Bayern 116.505 Kinder geboren, 56.588 Mädchen und 59.917 Jungen. Der Kinderwunsch ist ein wichtiger Bestandteil der Lebensplanung der meisten jungen Menschen. Rund 70 % der jungen Menschen (14–25 Jahre) in Deutschland geben an, einmal Kinder haben zu wollen: Bei den Mädchen bzw. jungen Frauen sind es 76 %, bei ihren männlichen Altersgenossen 64 %.¹

Geburten in Bayern im Überblick

Die Zahl der Geburten in Bayern ist nach einem Anstieg mit Maximum im Jahr 2021 seither wieder gesunken – 2023 im Vergleich zum Gipfel in 2021 um gut 13 %. Die durchschnittliche Kinderzahl je Frau² lag 2023 in Bayern bei 1,37, was unter den Werten der letzten zehn Jahre liegt.³ Als mögliche Ursache für das Absinken der Geburtenrate wird das aktuelle Zeitgeschehen mit dem Auftreten multipler Krisen diskutiert.⁴

Abbildung 1: Geburten in Bayern im Zeitverlauf: Anzahl und Rate je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren

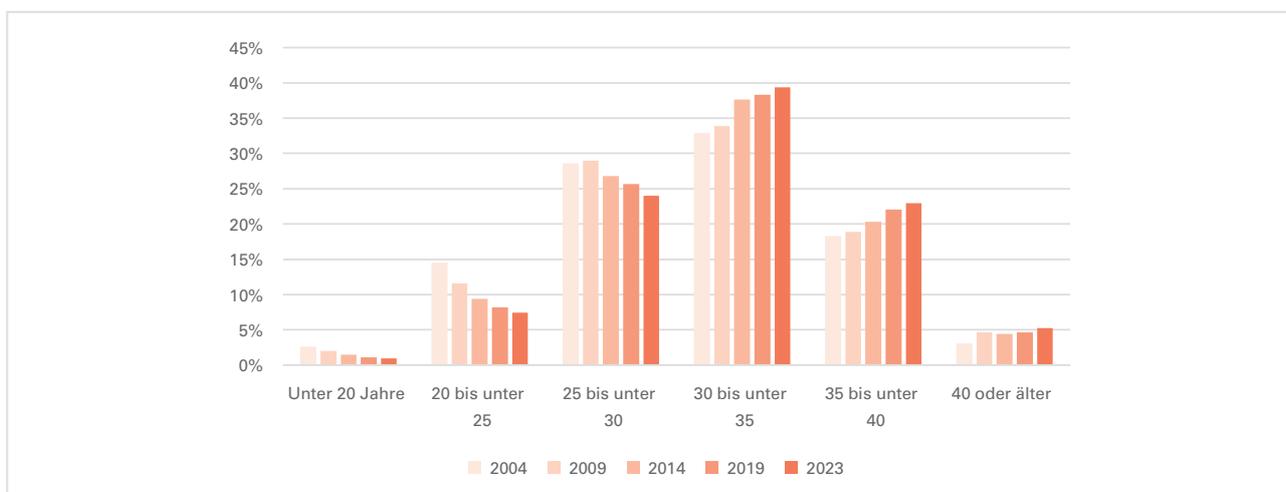


Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik; LGL: eigene Berechnung

- 1 Scharmanski S & Hessling A. Im Fokus: Kinderwunsch. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA Faktenblatt 14. Köln, November 2021. <https://shop.bzga.de/faktenblatt-14-im-fokus-kinderwunsch/>
- 2 Durchschnittliche Anzahl der Kinder einer Frau im Lebensverlauf aufgrund des aktuellen Geburtsgeschehens
- 3 Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (Hrsg.). Familienberichterstattung Bayern. Tabellenband 2023. Bamberg, 2023: 37-47; LfStat. Zusammengefasste Geburtenziffer in Bayern im Jahr 2023. Pressemitteilung 17.07.2024. <https://www.statistik.bayern.de/presse/mitteilungen/2024/pm195/index.html>
- 4 Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Geburtenrate fällt auf den tiefsten Stand seit 2009. Pressemitteilung 20.03.2024. <https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2024/2024-03-20-Geburtenrate-faellt-auf-den-tiefsten-Stand-seit-2009.html>

Das **durchschnittliche Alter der Mutter bei Geburt** ist in Bayern von 30,5 im Jahr 2004 auf 32,1 im Jahr 2023 angestiegen. Im Jahr 2023 waren 23 % der Mütter in Bayern zwischen 35 und 40 Jahre und 5,2 % 40 Jahre oder älter (siehe Abbildung). Frauen mit hoher Bildung bekommen ihr erstes Kind meist später und haben im Durchschnitt weniger Kinder als Frauen mit niedriger und mittlerer Bildung. Das durchschnittliche Alter der Mutter bei Geburt des ersten Kindes lag in Bayern im Jahr 2023 bei 30,7 Jahren. Es ist langsam angestiegen: Im Jahr 2010 lag es noch bei 29,5 Jahren, in den letzten Jahren stagnierte der Wert jedoch.⁵ Das Alter spielt eine wichtige Rolle für den Eintritt und Verlauf einer Schwangerschaft.

Abbildung 9: Anteil der Lebendgeborenen nach Alter der Mutter im Zeitverlauf in Prozent, Bayern



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Geburtenstatistik

Gute gesundheitliche Voraussetzungen und ein gesundheitsförderlicher Lebensstil sind in dieser Zeit von besonderer Bedeutung – sowohl für das Eintreten und den Verlauf einer Schwangerschaft wie auch für die spätere Gesundheit des Kindes. Häufig beginnen Frauen in dieser Zeit, sich intensiver mit ihrem Körper, den anstehenden Veränderungen und gesundheitsrelevanten Aspekten auseinanderzusetzen. Von

zentraler Bedeutung sind dabei eine ausgewogene Ernährung und Bewegung, der Verzicht auf Alkohol und Rauchen, Entspannung und ein guter Umgang mit Stress sowie ein ausreichender Impfschutz. Dabei kommt auch dem sozialen Umfeld eine wichtige Rolle zu: Wie sich der Lebensstil einer werdenden Familie entwickelt, wird von beiden Partnern und deren Umfeld beeinflusst.⁶

5 Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (Hrsg.). Familienberichterstattung Bayern. Tabellenband 2023. Bamberg, 2023: 37-47; Destatis. Daten zum durchschnittlichen Alter der Mutter bei Geburt 2023, siehe <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-alter-bundeslaender.html>

6 Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Geburtsh Frauenheilk 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058; siehe auch Netzwerk Gesund ins Leben <https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/familien-vor-und-in-der-schwangerschaft/handlungsempfehlungen/>

Im **Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“** wurden unter Beteiligung von Bund, Ländern sowie Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens fünf übergeordnete Zielbereiche entwickelt und Ansätze zur Umsetzung empfohlen. Der erste Zielbereich „Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert“ nimmt die Gesundheit vor und in der Schwangerschaft in den Blick und unterstreicht die Bedeutung gesundheitsförderlichen Verhaltens, einer Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen und Ressourcen, eines Abbaus von Belastungen sowie einer bestmöglichen Begleitung, Beratung und Betreuung von Frauen und ihrem Umfeld in dieser Lebensphase.⁷ Ein im Jahr 2024 erarbeiteter Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“ unterlegt das Nationale Gesundheitsziel mit konkreten Maßnahmen auf Bundesebene. Für mehr Informationen siehe www.gesundheitsziele.de und <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/aktionsplan-der-bundesregierung-gesundheit-rund-um-die-geburt>

Gesunde Ernährung

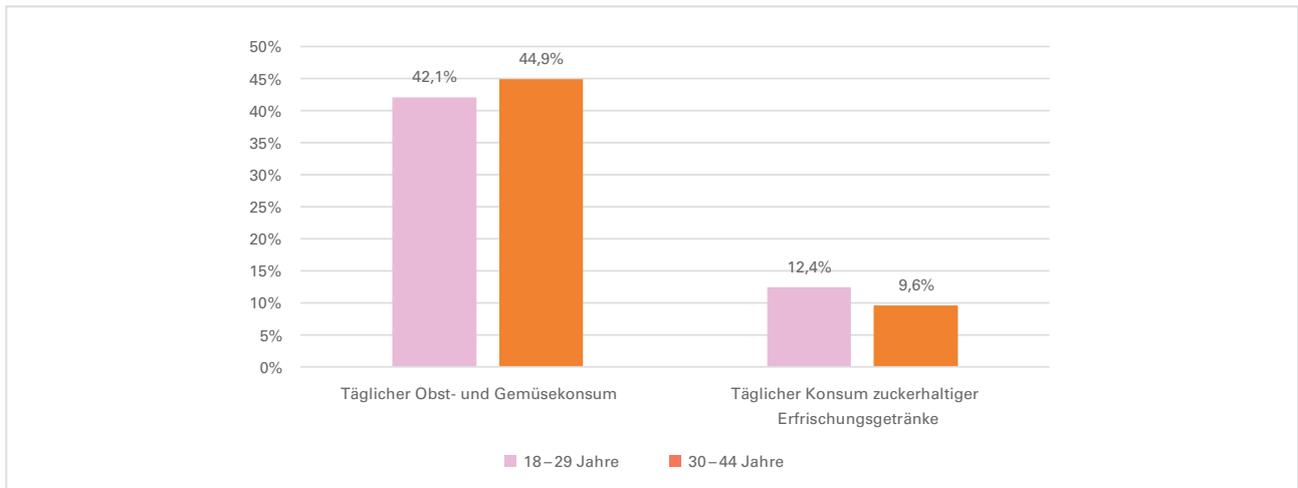
Eine ausgewogene Ernährung vor und während der Schwangerschaft hat einen positiven Einfluss auf die Fruchtbarkeit (Fertilität) und den

Schwangerschaftsverlauf und ist eine wichtige Determinante für die Gesundheit nicht nur der Mutter, sondern auch des Kindes. Ernährungsempfehlungen für Frauen in diesem Lebensabschnitt orientieren sich im Wesentlichen an den Empfehlungen für Erwachsene, nehmen jedoch auch die spezifischen Bedarfe dieser Lebensphase in den Blick, insbesondere einen erhöhten Bedarf an bestimmten Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen. Grundsätzlich wird eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung empfohlen, wozu u. a. der reichliche Konsum von Obst und Gemüse sowie ein möglichst geringer Konsum von Zucker, zuckerhaltigen Getränken und gesättigten Fetten gehört.⁸

Der GEDA-Studie 2019/2020 zufolge **nimmt weniger als die Hälfte der erwachsenen Frauen in Bayern täglich Obst und Gemüse** zu sich (41,2 %). Dies liegt leicht unter dem Bundesdurchschnitt von 45,1 %. Einen täglichen Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke geben 6,7 % der Frauen in Bayern an (im Bundesdurchschnitt 7,8 %). Die nach Altersgruppen verfügbaren deutschlandweiten Daten zeigen, dass der Obst- und Gemüsekonsum unter den 30- bis 44-jährigen Frauen höher und der Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke geringer ausfällt als bei den 18- bis 29-jährigen Frauen. Frauen schneiden beim täglichen Obst- und Gemüsekonsum sowie beim Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke in allen Altersgruppen deutlich besser ab als Männer.

-
- 7 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Berlin, 2017. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
- 8 Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Bonn, 2. Auflage, 8. aktualisierte Ausgabe, 2024; siehe auch: <https://www.dge.de/gesunde-ernaehrung/gut-essen-und-trinken/dge-empfehlungen/>; Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Geburtsh Frauenheilk 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058

Abbildung 2: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum sowie täglicher Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Frauen nach Altersgruppen, 2019/2020, Deutschland



Quelle: GEDA-Studie 2019/2020-EHIS

Während der Schwangerschaft steigt der Bedarf an einzelnen Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen. Der Energiemehrbedarf wird hingegen häufig überschätzt, erst in den letzten Monaten der Schwangerschaft wird empfohlen, die Energiezufuhr leicht zu steigern. Folsäure und Jod spielen eine wichtige Rolle bei der Prävention von Schwangerschaftskomplikationen wie Früh- und Fehlgeburten, embryonalen Fehlbildungen (z. B. Neuralrohrdefekten), fetalen Wachstumsverzögerungen und einem zu geringen Geburtsgewicht. Bei Folsäure und Jod lässt sich der höhere Bedarf über Lebensmittel allein nur schwer decken. Frauen wird daher empfohlen, bereits bei der Planung einer Schwangerschaft, mindestens aber vier Wochen vor der Konzeption und bis zum Ende des ersten Schwangerschaftsdrittels, täglich 400 µg Folsäure zu supplementieren. Wird die Supplementierung erst zu einem späteren Zeitpunkt

begonnen, wird eine höhere Dosis empfohlen. Zusätzlich sollten Schwangere täglich ein Supplement mit 100 (bis 150) µg Jod einnehmen. Weitere Nährstoffsupplementierungen (z. B. Eisen) sind nur in bestimmten Fällen angezeigt.⁹

Vegetarische und vegane Ernährung

Gemäß einer repräsentativen forsa-Befragung aus dem Jahr 2023 ernähren sich 12 % der Frauen in Deutschland vegetarisch und 3 % vegan.¹⁰ Eine ausgewogene vegetarische Ernährung kann auch während einer Schwangerschaft den Nährstoffbedarf abdecken. Bei einer rein pflanzlichen (veganen) Ernährung hingegen sollten die Versorgung mit kritischen Nährstoffen ärztlich überprüft sowie zusätzliche Nährstoffsupplemente einge-

9 Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Geburtsh Frauenheilk 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058

10 ForSa. Pflanzenbetonte Ernährung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung 2023. https://www.bvlh.net/fileadmin/redaktion/downloads/pdf/2023/forSa-Umfrage_Pflanzenbetonte_Ern%C3%A4hrung.pdf

nommen werden, insbesondere Vitamin B12. Besteht hier ein Mangel, kann dies Probleme bei der Blutbildung und neurologische Störungen bei der Mutter verursachen sowie zu einer dauerhaften Schädigung des kindlichen Nervensystems führen.¹¹

In der 2018/2019 durchgeführten SuSe II-Studie (Studie zur Erhebung von Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung in Deutschland) berichteten **etwa vier Fünftel der rund 1.000 befragten Mütter, während der Schwangerschaft Folsäure supplementiert** zu haben. Allerdings hatte nur etwas weniger als die Hälfte davon bereits vor der Schwangerschaft damit begonnen. Hinsichtlich der weiteren abgefragten Nährstoffe gab die Hälfte der befragten Frauen an, Jod zu supplementieren, zwei Fünftel Eisen und etwa ein Fünftel n-3-Fettsäuren.¹² Einschränkend muss angemerkt werden, dass das befragte Mütter-Kollektiv nicht als repräsentativ für die Gesamtheit aller Mütter in Deutschland zum Befragungszeitpunkt gelten kann.

Die Konzentration im Blutserum gibt Auskunft über die Versorgungssituation der Bevölkerung mit Folsäure bzw. Folat.¹³ Wie Daten der 2008-2011 durchgeführten DEGS1-Studie zeigen, erreichten fast 90 % der erwachsenen Frauen

in Deutschland eine ausreichend hohe Serumkonzentration (festgelegt als ein Wert von mindestens 4,4 ng/ml bei Erwachsenen). Bei den 18- bis 29-Jährigen und 30- bis 39-Jährigen fiel der Anteil etwas geringer aus (83 % bzw. 86 %). Die Versorgungslage ist bei älteren Frauen und Frauen der oberen Bildungsgruppe besser als bei jüngeren Frauen bzw. der unteren Bildungsgruppe.¹⁴ Für Frauen im gebärfähigen Alter gelten allerdings gemäß WHO-Empfehlung deutlich höhere Referenzwerte zur Verringerung des Risikos von Fehlbildungen wie z. B. Neuralrohrdefekten. **Weniger als 5 % der Frauen im gebärfähigen Alter (18 – 49 Jahre) erreichten die von der WHO empfohlene Folatkonzentration.**¹⁵ Dies unterstreicht die Bedeutung der Supplementierung bei Kinderwunsch. Zur **Nährstoffversorgung Schwangerer liegen nur wenige Daten vor**, welche nicht repräsentativ sind. Sie weisen darauf hin, dass schwangere Frauen nicht immer optimal mit Folat, Jod und Eisen versorgt sind.¹⁶

Bewegung

Im Allgemeinen wird Schwangeren ohne gesundheitliche Einschränkungen oder Schwangerschaftskomplikationen empfohlen, im Alltag körperlich aktiv zu sein, sitzende Tätigkeiten zu begrenzen oder regelmäßig zu unterbrechen sowie an fünf Tagen pro Woche (besser täglich), mindestens 30 Minuten moderat körper-

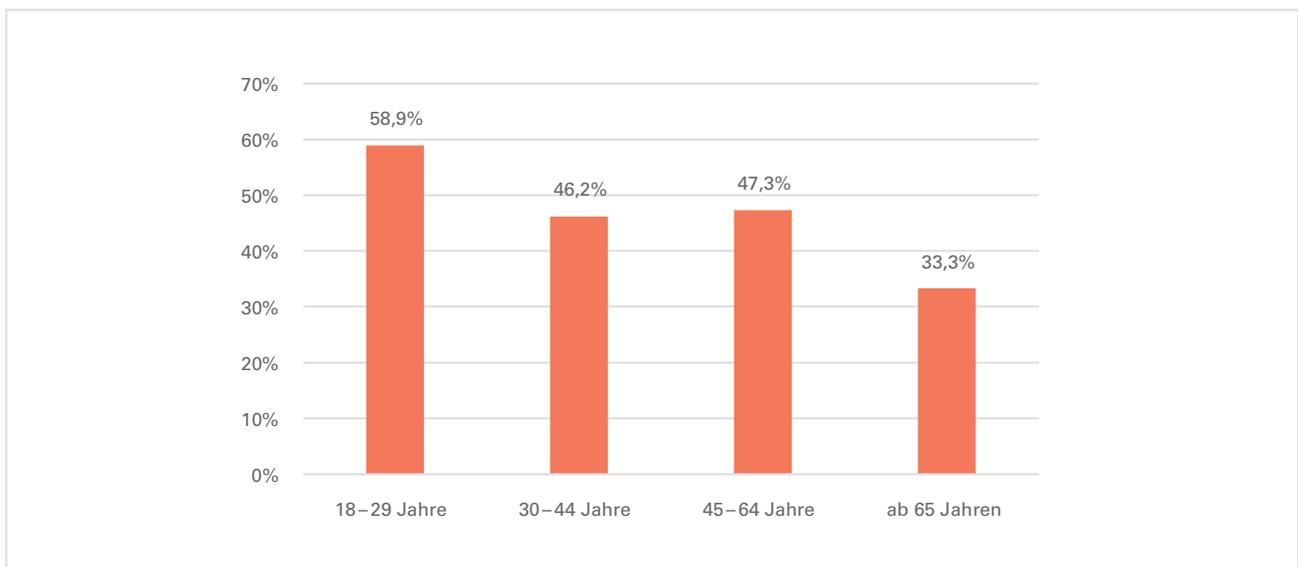
-
- 11 Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Geburtsh Frauenheilk 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058
 - 12 Kersting M et al. Studie zur Erhebung von Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung in Deutschland – SuSe II. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.). 14. DGE-Ernährungsbericht. Vorveröffentlichung Kapitel 3. Bonn, 2020: V 21; <https://www.dge.de/fileadmin/dok/wissenschaft/ernaehrungsberichte/14eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel3.pdf>
 - 13 Folat und Folsäure: Die synthetisch hergestellte Form des Vitamins Folat wird als Folsäure bezeichnet.
 - 14 Mensink GBM et al. Folatversorgung in Deutschland. J Health Monit 2016; 1(2): 26-30. doi: 10.17886/RKI-GBE-2016-034.2; Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Geburtsh Frauenheilk 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058
 - 15 German Nutrition Society. 13th DGE-Nutrition Report. Summary 2016. Bonn, 2016. <https://www.dge.de/fileadmin/dok/wissenschaft/ernaehrungsberichte/13eb/DGE-Nutrition-Report-summary-2016.pdf>; Mensink GBM et al. Folatversorgung in Deutschland. J Health Monit 2016; 1(2): 26-30. doi: 10.17886/RKI-GBE-2016-034.2
 - 16 RKI (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, 2020: 98.

lich aktiv zu sein.¹⁷ Sportlich aktive Frauen können während der Schwangerschaft auch intensiver körperlich aktiv sein. Insbesondere aerobe Ausdauerbelastungen mit moderater Intensität sind nicht nur sicher, sondern haben positive Effekte auf den Schwangerschaftsverlauf und die Gesundheit von Mutter und Kind. Neben positiven Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden belegen Studien u. a. ein verringertes Risiko für übermäßige Gewichtszunahme, Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes), ein zu hohes Geburtsgewicht, schwangerschaftsbedingten Bluthochdruck, Inkontinenz, Rückenschmerzen, Frühgeburtlichkeit und Kaiserschnitte.¹⁸ Ergebnisse einer aktuellen Übersichtsarbeit von Interventionsstudien zeigen, dass strukturierte Bewegungspro-

gramme das Risiko, an Schwangerschaftsdiabetes zu erkranken, deutlich reduzieren können. Bereits 140 Minuten moderate Bewegung pro Woche können das Risiko für Schwangerschaftsdiabetes um 25 % senken, 180 Minuten pro Woche sogar um 35 %.¹⁹

Der GEDA-Studie 2019/2020 zufolge liegt der **Anteil der erwachsenen Frauen in Bayern, die die WHO-Empfehlung von mindestens 150 Minuten Ausdauersport pro Woche erfüllen, bei 45,8 %**. Im jüngeren, gebärfähigen Alter ist dieser Anteil höher als bei älteren Frauen. Männer erreichen die Empfehlungen in fast allen Altersgruppen zu einem größeren Anteil als Frauen.

Abbildung 3: Erreichen der Empfehlung zur Ausdaueraktivität, Frauen nach Altersgruppen, 2019/2020, Deutschland



Quelle: GEDA-Studie 2019/2020-EHIS

-
- 17 Gemäß allgemeinen Bewegungsempfehlungen für Erwachsene, siehe: WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva, 2020: 47-51; Rütten A & Pfeifer K (Hrsg.). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. FAU Erlangen-Nürnberg, 2016: 32-40.
 - 18 Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Geburtsh Frauenheilk 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058; WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva, 2020: 47-51.
 - 19 Herzberger V et al. Exercise during pregnancy – effects on birth weight and on the risks of gestational diabetes and preterm delivery. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 793-797. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0305.

Internationale Studien zeigen, dass sich ein großer Teil der Schwangeren nicht ausreichend bewegt und die körperliche Aktivität während der Schwangerschaft deutlich zurückgeht.²⁰ Die bayerische **GeliS-Studie** (Gesund leben in der Schwangerschaft) aus den Jahren 2013-2016 ergab, dass etwas weniger als die Hälfte der untersuchten Schwangeren im ersten Schwangerschaftsdrittel (47 %) und etwas mehr als die Hälfte im letzten Schwangerschaftsdrittel (56 %) die Bewegungsempfehlungen erfüllten. Allerdings erreichten nur 33 % der Schwangeren das empfohlene Ausmaß an Bewegung zu beiden Untersuchungszeitpunkten.²¹ Barrieren wie Zeitmangel, fehlende Motivation, insbesondere aber auch Ängste, was die Sicherheit von Sport während der Schwangerschaft angeht, werden angegeben. Eine Schonhaltung gegenüber körperlicher Aktivität wird beispielsweise auch durch Berufsverbote verursacht.²² Eine norwegische Studie kam zum Schluss, dass von Bewegungsmangel in der Schwangerschaft insbesondere ältere Schwangere (>38 Jahre) sowie Schwangere mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status betroffen sind.²³

Übergewicht und Adipositas

Bei Kinderwunsch sollten Frauen frühzeitig auf ein gesundes Körpergewicht achten. Sowohl

Untergewicht als insbesondere auch Übergewicht und Adipositas können sich negativ auf die Konzeption und den Schwangerschaftsverlauf auswirken. Auch reproduktionsmedizinische Maßnahmen führen bei Frauen mit Adipositas seltener zum Eintreten einer Schwangerschaft und Lebendgeburten. Bei Schwangeren mit starkem Übergewicht und Adipositas kommt es häufiger zu Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, darunter Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, Präeklampsie, Früh-, Fehl- und Totgeburten, kindlichen Fehlbildungen sowie einem erhöhten Geburtsgewicht. Darüber hinaus können auch die typischen Folgeerkrankungen von Adipositas, u. a. Typ-2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen oder Herz-Kreislauf-erkrankungen zu Schwangerschaftskomplikationen führen.²⁴ Zudem werden schon während der Schwangerschaft die Grundlagen für ein späteres Übergewicht und andere chronische Erkrankungen beim Kind gelegt. Überernährung, Adipositas und auch ein (Schwangerschafts-) Diabetes der werdenden Mutter können über eine Fehlprogrammierung von kindlichen Regulationssystemen eine lebenslange Veranlagung für Übergewicht, Adipositas und assoziierte Stoffwechselstörungen wie Diabetes beim Kind zur Folge haben („fötale Programmierung“).²⁵

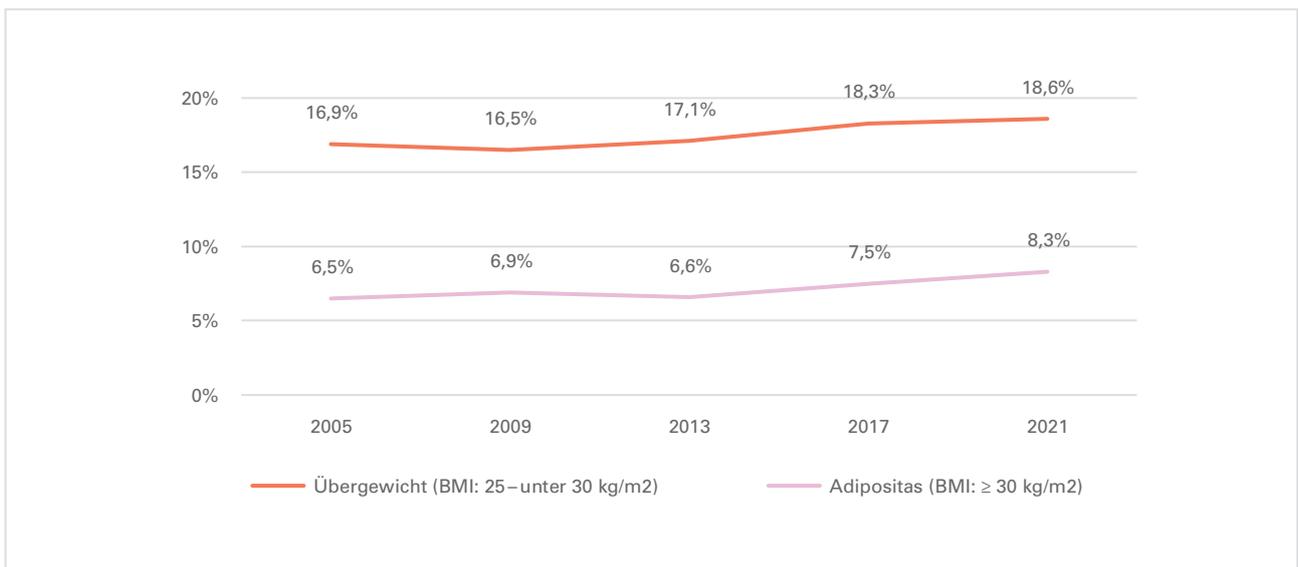
-
- 20 Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. *Geburtsh Frauenheilk* 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058; Garnweidner-Holme L et al. Factors associated with the level of physical activity in a multi-ethnic pregnant population – a cross-sectional study at the time of diagnosis with gestational diabetes. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022; 22:1. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04335-x>
- 21 Hoffmann J et al. Associations between Prenatal Physical Activity and Neonatal and Obstetric Outcomes – A Secondary Analysis of the Cluster-Randomized GeliS Trial. *J Clin Med* 2019; 8(10): 1735. doi: 10.3390/jcm8101735
- 22 Herzberger V et al. Exercise during pregnancy – effects on birth weight and on the risks of gestational diabetes and preterm delivery. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 793-797.
- 23 Garnweidner-Holme L et al. Factors associated with the level of physical activity in a multi-ethnic pregnant population – a cross-sectional study at the time of diagnosis with gestational diabetes. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022; 22:1. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04335-x>
- 24 Stubert J et al. The risks associated with obesity in pregnancy. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 276-283; Keck C & Sonntag B. Die adipöse Patientin mit Kinderwunsch. *Gynäkologe* 2019; 52: 644-653; RKI. *AdiMon-Themenblatt: Schwangerschaft*. Stand 08. Okt. 2020; RKI. *AdiMon-Themenblatt: Geburtsgewicht*. Stand 06. Okt. 2020. www.rki.de/adimon
- 25 siehe z. B. Schlune A et al. Adipositas und Diabetes in der Schwangerschaft. *Diabetologie* 2023; 19: 730-735. <https://doi.org/10.1007/s11428-023-01091-8>

Konsentierter und von den relevanten Fachverbänden unterstützte Empfehlungen zur Förderung eines gesunden Lebensstils bei Kinderwunsch, in der Schwangerschaft und den ersten Jahren nach der Geburt, bietet das bundesweite Netzwerk „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“. Der Fokus liegt auf der Ernährung. Unter anderem wird betont, dass schon vor der Schwangerschaft nach Möglichkeit ein Normalgewicht angestrebt werden sollte. Für normalgewichtige Frauen liegt eine angemessene Gewichtszunahme in der Schwangerschaft bei 10 bis 16 kg, bei Übergewicht bzw. Adipositas zu Beginn der Schwangerschaft ist eine geringere Gewichtszunahme erwünscht. Für untergewichtige Frauen kann keine generelle Empfehlung zur Mindestgewichtszunahme

gegeben werden. Siehe auch <https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/familien-vor-und-in-der-schwangerschaft/handlungsempfehlungen/>

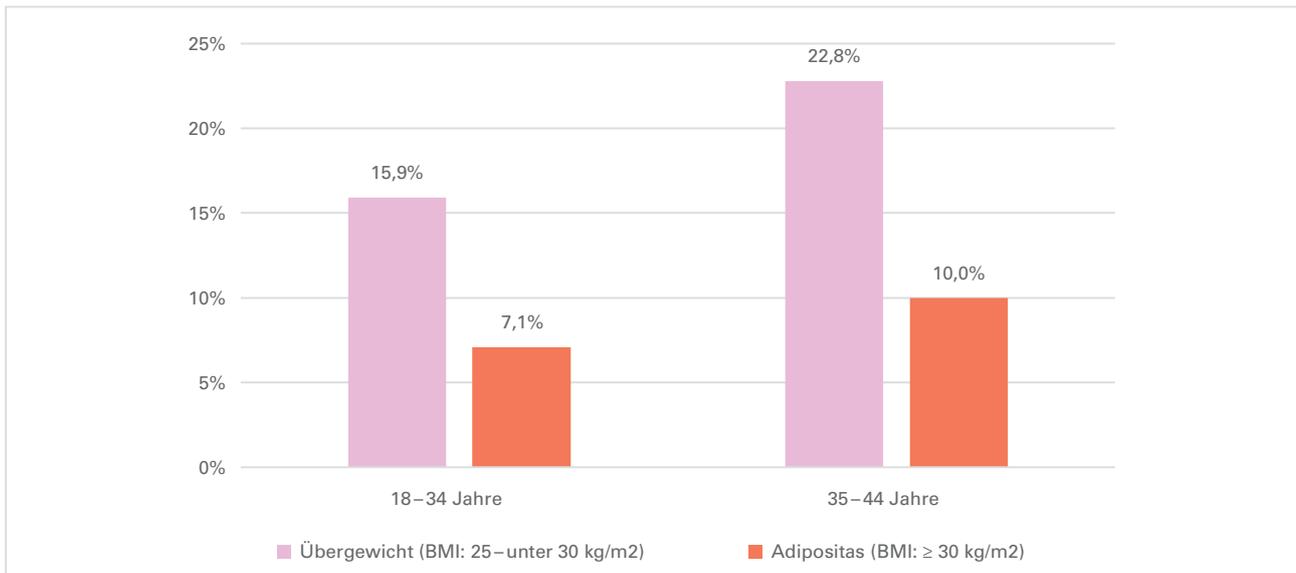
Gemäß Mikrozensus sind bei den Frauen im gebärfähigen Alter 15,9 % der 18- bis 34-Jährigen und 22,8 % der 35- bis 44-Jährigen in Bayern übergewichtig. Starkes Übergewicht (Adipositas) zeigt sich bei 7,1 % der Frauen im Alter von 18 bis 34 Jahren und bei 10,0 % der 35- bis 44-Jährigen. Zwischen 2005 und 2021 zeigt sich ein Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Frauen im gebärfähigen Alter. Dennoch schneiden im Geschlechtervergleich Frauen besser ab: Übergewicht und Adipositas sind bei Männern häufiger.

Abbildung 4a: Anteil der Frauen (18 bis 44 Jahre) mit Übergewicht und Adipositas in Prozent, Trend, Bayern



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Mikrozensus

Abbildung 4b: Anteil der Frauen mit Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen in Prozent, 2021, Bayern

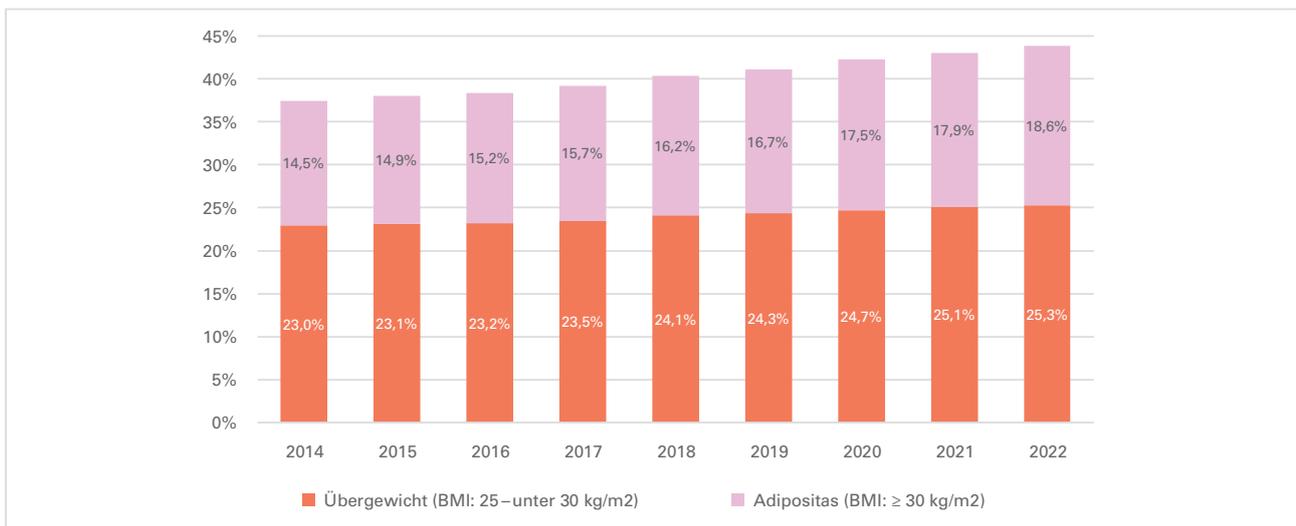


Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Mikrozensus

Im Zuge der Zunahme von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung sind auch immer mehr Schwangere übergewichtig bzw. adipös. Unter den Schwangeren in Deutschland waren

der Perinatalstatistik zufolge im Jahr 2022 25,3 % übergewichtig und 18,6 % adipös.²⁶ Im Jahr 2014 lagen diese Anteile noch bei 23,0 % (Übergewicht) und 14,5 % (Adipositas).

Abbildung 5: Anteil der Schwangeren* mit Übergewicht bzw. Adipositas im Zeitverlauf in Prozent, Befunde bei Erstuntersuchung in der Schwangerschaft, Deutschland



Quelle: Perinatalstatistik IQTIG, LGL: eigene Berechnungen

* Bezugsgröße: alle Schwangeren mit verwertbaren Angaben

26 Bezugsgröße: Alle Schwangeren mit verwertbaren Angaben

Tabak, Alkohol und Medikamente

Der Konsum von Tabak bzw. Nikotin sowie Alkohol ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Die Plazenta-Schranke, eine natürliche Blutbarriere zwischen der Mutter und dem Kind, schützt das Ungeborene vor vielen Krankheitserregern. Alkohol, Nikotin, das beim Verbrennen des Tabaks entstehende Kohlenmonoxid und viele weitere Substanzen aus dem Tabakrauch sowie bestimmte Medikamente können die Plazenta-Schranke allerdings ungefiltert passieren.

Tabakkonsum

Rauchen hat einen negativen Effekt auf die Fertilität, erhöht die Gefahr von Früh- und Totgeburten, eines geringeren Geburtsgewichtes sowie auch von Fehlbildungen beim Kind. Darüber hinaus begünstigt Rauchen in der Schwangerschaft u. a auch das Auftreten des plötzlichen Kindstods, spätere Atemwegsbeschwerden einschließlich Asthma und wahrscheinlich auch Verhaltensauffälligkeiten beim Kind. Dies gilt in ähnlicher Weise für das Rauchen von Wasserpfeifen. Auch für den E-Zigarettenkonsum deuten Studien negative Folgen für das ungeborene Kind an. Zudem schadet auch Passivrauchen

dem Ungeborenen. Ein Rauchstopp vor oder sogar noch während der Schwangerschaft erhöht dagegen die Wahrscheinlichkeit auf ein normales Geburtsgewicht.²⁷

Gemäß den Daten des Mikrozensus aus dem Jahr 2021 **rauchten 14,1% der bayerischen Mädchen und Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren mindestens gelegentlich Zigaretten** (15–24 Jahre: 11,1 %; 25–34 Jahre 14,0 %; 35–44 Jahre: 16,5 %). Frauen jeglichen Alters rauchten im Vergleich zu Männern seltener und weniger.²⁸ Im zeitlichen Trend haben die Raucherquoten bei beiden Geschlechtern in den letzten Jahren stark abgenommen. Im Jahr 2005 rauchten noch 26,7 % der bayerischen Frauen im gebärfähigen Alter (15–44 Jahre). Seither hat sich die Raucherquote in dieser Gruppe annähernd halbiert. Weitere Studien bestätigen den fallenden Trend bis 2018 bzw. 2019.²⁹ Aktuelle Daten auf Bundesebene zeigen allerdings inkonsistente Ergebnisse im Hinblick auf die Trendentwicklung nach der Corona-Pandemie.³⁰ Abschließende Aussagen hierzu können aktuell noch nicht getroffen werden.

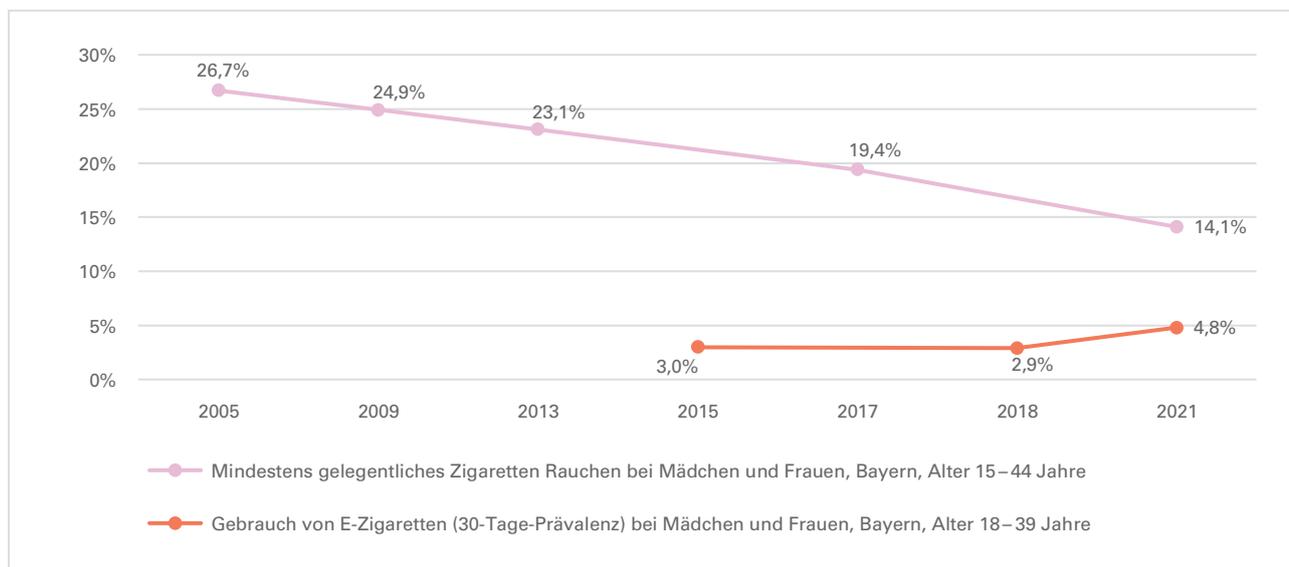
Der Anteil derjenigen, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal **E-Zigaretten** kon-

-
- 27 Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. *Geburtsh Frauenheilk* 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058; Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg). *Tabakatlas Deutschland 2020*. Heidelberg, 2020: 24–27; Kuntz B et al. Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3(1): 47-54; Feferkorn I et al. The relation between cigarette smoking with delivery outcomes. An evaluation of a database of more than nine million deliveries. *J Perinat Med* 2021; 50(1): 56-62. doi: 10.1515/jpm-2021-0053.
- 28 Brandl S et al. Wie gesund ist Bayern? – Ergebnisse des Mikrozensus 2021. *Bayern in Zahlen* 12/2022: 24–41.
- 29 Olderbak S et al. Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. IFT Institut für Therapieforchung, 2023: 66–69; Seitz, N-N et al. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2019 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. IFT Institut für Therapieforchung, 2019: 38–39.
- 30 Debra-Studie, siehe <https://www.debra-study.info/>; BZgA. Info-Blatt. „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023“ – Ergebnisse zum Rauchen. Stand 27. Mai 2024. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_Drogenaffinit%C3%A4tsstudie_2023_Rauchverhalten.pdf; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Suchtmonitoring 3: Sucht und Pandemie. Gesundheitsreport Bayern 01/2024. Erlangen.

sumiert haben (30-Tage-Prävalenz), liegt bei den 18- bis 24-jährigen Frauen in Bayern bei 7,8 % und bei den 25- bis 39-jährigen bei 4,0 %.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich hier seit dem Jahr 2018 ein steigender Trend.³¹

Abbildung 6: Trend des Anteils an Mädchen und Frauen, welche mindestens gelegentlich Zigaretten rauchen, 15-44 Jahre, bzw. E-Zigaretten konsumieren, 18-39 Jahre, in Prozent, Bayern



Quellen: Zigaretten: Bayerisches Landesamt für Statistik, Mikrozensus; E-Zigaretten: Epidemiologischer Suchtsurvey

Der KiGGS Studie Welle 2 (2014–2017) zufolge haben rund **11 % der Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern in Deutschland während der Schwangerschaft geraucht**. Der Anteil rauchender Mütter hat sich seit der ersten KiGGS Erhebung (2003–2006) stark reduziert. Hier rauchten noch knapp 20 % der Schwangeren. Die KiGGS Studie zeigt auch, dass deutlich mehr werdende Mütter mit niedrigem als mit hohem sozioökonomischem Status rauchten. Zudem rauchten Schwangere, die bei der Geburt des Kindes jünger waren (unter 25 Jahre), deutlich häufiger als ältere Mütter.³² Neuere Daten zum Rauchverhalten schwangerer Frauen liegen nicht vor.

Alkoholkonsum

Bereits geringe Mengen an Alkohol während der Schwangerschaft können zu einem breiten Spektrum dauerhafter Schäden für das Neugeborene führen. Man fasst die verschiedenen Störungsbilder unter dem Begriff **„Fetale Alkoholspektrumstörung“ FASD** (fetal alcohol spectrum disorder) zusammen. Die schwerste Form dieser Schädigungen wird **„Fetales Alkoholsyndrom“ (FAS)** genannt. Zu den Merkmalen von FAS gehören ein geringes Geburtsgewicht, Schädigungen von Organen (z.B. Herz oder Nieren), sichtbare Fehlbildungen (unter anderem im Gesicht),

31 Olderbak S et al Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. IFT Institut für Therapieforchung, 2023: 89–90.

32 Kuntz B et al. Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 2018; 3(1): 47–54.

motorische und intellektuelle Entwicklungsverzögerungen bzw. Entwicklungsdefizite (wie z. B. verminderte Intelligenz, Lernschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität, Probleme sich in Gruppen zurecht zu finden). Neben dem mütterlichen kann sich auch der väterliche Alkoholkonsum schädigend auswirken durch Effekte auf die Spermien und ein Erschweren der Abstinenzbemühungen der Schwangeren.³³

Fachleute schätzen, **dass in Deutschland jährlich 3.000 Kinder mit dem Vollbild des Fetalen Alkohol Syndrom (FAS) und ca. 10.000 weitere Kinder mit leichter Schädigung zur Welt kommen**, insgesamt sind also knapp 13.000 Neugeborene pro Jahr betroffen.³⁴ Auf Bayern übertragen bedeutet dies etwa 2.000 betroffene Neugeborene pro Jahr. Mit einer von Fachleuten geschätzten Häufigkeit von 1,77 Kindern pro 100 Lebendgeburten ist die fetale Alkoholspektrumstörung somit die häufigste vermeidbare, bei Geburt bestehende chronische Erkrankung.³⁵

FASD ist durch den Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft

vollständig vermeidbar. Da es für Schwangere keine unbedenkliche Trinkmenge und keine Schwangerschaftsphase gibt, in der Alkoholkonsum sicher ist, ist es wichtig, während der gesamten Schwangerschaft gänzlich auf Alkohol zu verzichten. Darüber hinaus empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) in ihrer aktuellen Stellungnahme auf der Basis einer Neubewertung der Risiken durch Alkohol allen Personengruppen, generell auf Alkohol zu verzichten.³⁶

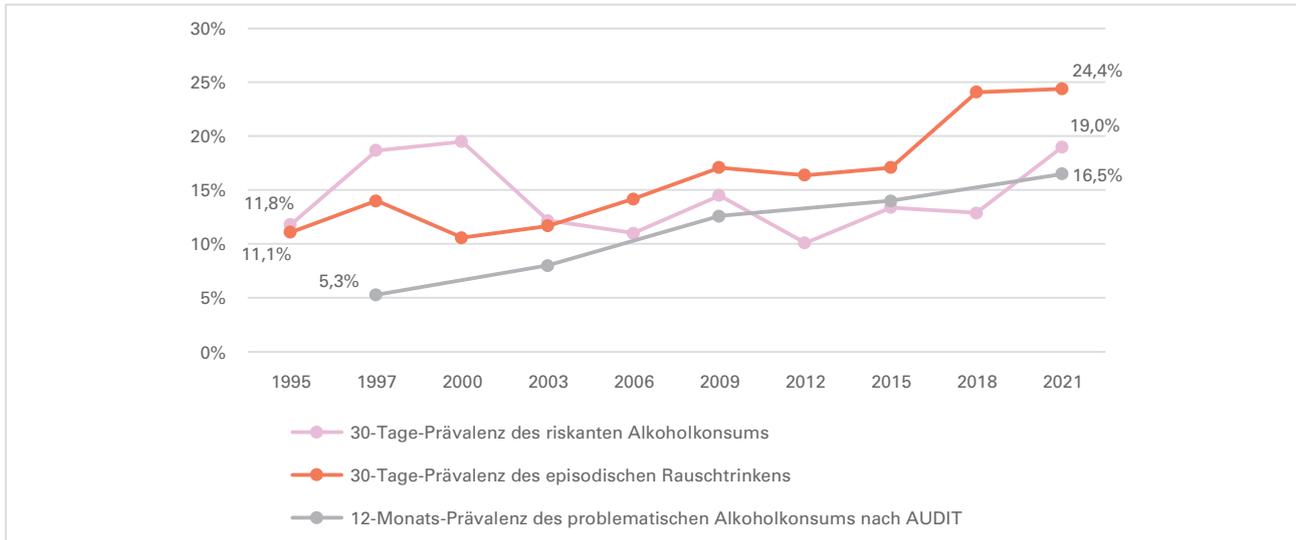
Im Gegensatz zu den sinkenden Raucherinnenraten blieb die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums bei Frauen im Alter zwischen 18 und 39 Jahren in Bayern über die letzten zwei Jahrzehnte annähernd konstant. **Beim riskanten Alkoholkonsum, dem episodischen Rauschtrinken sowie beim problematischen Alkoholkonsum³⁷ zeigten sich sogar zum Teil erhebliche Anstiege über die letzten Jahre** in dieser Altersgruppe. Vergleicht man das Alkoholkonsumverhalten von Frauen und Männern in Bayern, so zeigen sich bei Frauen vergleichsweise ungünstigere Entwicklungen über die letzten Dekaden, wenn gleich der Konsum bei Männern insgesamt höher

-
- 33 Moder JE et al. Fetale Alkoholspektrumstörungen– Diagnose, Prognose und Prävention. Bundesgesundheitsbl 2021; 64: 747-754; Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD). Fakten zu Alkohol. Deutsches Krebsforschungszentrum 2023. https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/1_Buecher-Berichte-Broschueren-Factsheets.html
- 34 Kraus L et al. Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. BMC Medicine 2019; 17(1): 59. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0>
- 35 Kraus L et al. Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. BMC Medicine 2019; 17(1): 59. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0>; Moder JE et al. Fetale Alkoholspektrumstörungen– Diagnose, Prognose und Prävention. Bundesgesundheitsbl 2021; 64: 747-754.
- 36 Richter M et al on behalf of the German Nutrition Society (DGE). Alkohol – Zufuhr in Deutschland, gesundheitliche sowie soziale Folgen und Ableitung von Handlungsempfehlungen. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE). Ernährungs Umschau 2024; 71(10): online first + eSupplement. DOI 10.4455/eu.2024.033; <https://www.dge.de/wissenschaft/stellungnahmen-und-fachinformationen/positionen/alkohol/>
- 37 Epidemiologischer Suchtsurvey: Riskanter Konsum: Konsum in den letzten 30 Tagen mit Mengen von durchschnittlich >12 g Reinalkohol pro Tag (Frauen); Episodisches Rauschtrinken: Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit; Problematischer Konsum: nach Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ≥ 8 Punkte.

ist als bei Frauen.³⁸ Erwachsene Frauen mit höherem Bildungsstand trinken häufiger und

mehr Alkohol als Frauen mit geringerer Bildung.³⁹

Abbildung 7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums, des episodischen Rauschtrinkens und der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT unter Frauen, 18–39 Jahre, in Prozent, Bayern



Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey

Als Erklärungsansätze für den Konsumanstieg bei erwachsenen Frauen werden u. a. die leichte Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit alkoholischer Getränke, die feste Verankerung von Alkohol im gesellschaftlichen Leben und eine veränderte gesellschaftliche Stellung der Frau diskutiert. Höhere Bildungschancen, mehr Gleichberechtigung und Gleichstellung, mehr Berufstätigkeit unter Frauen sowie größere finanzielle Unabhängigkeit und Selbstständigkeit von Frauen haben hiernach zu einer Angleichung des Trinkverhaltens von Männern und Frauen geführt.⁴⁰

Bei den weiblichen Jugendlichen (12–17 Jahre) zeigt sich dagegen eine andere Entwicklung. Hier ist tendenziell ein Rückgang des riskanten Alkoholkonsums und der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens seit dem Jahr 2004 zu beobachten.⁴¹ Diese Daten liegen allerdings nur für Deutschland insgesamt vor.

Aktuelle, genaue Zahlen zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft liegen nicht vor. **Schätzungen zufolge trinkt ca. jede vierte Frau in Europa in der Schwangerschaft regelmäßig und bewusst Alkohol.**⁴² Eine

38 Olderbak S et al. Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. IFT Institut für Therapieforchung, 2023: 109-129.

39 Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). Alkoholatlas Deutschland 2022. Heidelberg, 2022: 62-63.

40 DHS Factsheet 2015. Alkohol in der Schwangerschaft. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/FS_Alkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf

41 Orth B & Merkel C. Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2022: 54-55.

42 Popova S et al. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health 2017; 5(3): 290-299.

ähnliche Größenordnung hat sich auch im Rahmen der Recherchen zur Leitlinienerstellung zu FASD bei Kindern und Jugendlichen gezeigt.⁴³ Eine Erhebung des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2012 „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ bestätigt dies für Deutschland. Hiernach berichteten ca. 20 % aller schwangeren Frauen über einen moderaten und ca. 8 % einen riskanten Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Zudem praktizierten rund 12 % der schwangeren Frauen weniger als einmal pro Monat Rauschtrinken, knapp 4 % einmal im Monat.⁴⁴ Die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen geht davon aus, dass der Anteil an schwangeren Frauen, die Alkohol auch nach Bekanntwerden der Schwangerschaft konsumieren, zwischen 14 % und 58 % liegt. Zudem ist der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft mit einem höheren sozioökonomischen Status und einem höheren Alter der Schwangeren assoziiert.⁴⁵ Zu beachten ist bei diesen Zahlenangaben allerdings, dass es sich zumeist um Selbstangaben handelt und von einer Untererfassung auszugehen ist.

Eine repräsentative Befragung der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren zum **Wissen zu**

Alkohol und Schwangerschaft aus dem Jahr 2017 ergab, dass 91 % der befragten Frauen Alkohol in der Schwangerschaft generell für problematisch halten. Dagegen sind 6 % der Meinung, ein Glas ab und zu in der Schwangerschaft könne nicht schaden. 72 % der Frauen stimmten der Aussage zu, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft im schlimmsten Fall zu einer lebenslangen Behinderung des Kindes führen kann.⁴⁶ Der Wissensstand bei Männern war jeweils etwas geringer als bei Frauen. Im Vergleich zu einer ähnlichen Befragung aus dem Jahr 2014 zeigt sich eine geringe bis moderate Verbesserung des Kenntnisstands der Bevölkerung zu den Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft.⁴⁷ Neben dem Ausbau der Aufklärung zu den Risiken von Alkohol in der Schwangerschaft ist das Etikettieren von alkoholischen Getränken mit Warnhinweisen für Schwangere ein **verhältnispräventiver Ansatz**, der beispielsweise in Frankreich, England oder in den USA seit Jahren umgesetzt wird.⁴⁸ In mehreren internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass diese verhältnispräventive Maßnahme einen wichtigen unterstützenden Beitrag dazu leisten kann, ein Bewusstsein für den Verzicht auf Alkohol wäh-

-
- 43 Strieker S et al. S3-Leitlinie. Fetale Alkoholspektrumstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnose & Intervention. Kurzfassung. Version 3.1. Überarbeitung vom Mai 2024: 20-21. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>
- 44 Römer P et al. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft - Welche Auswirkungen auf die frühkindliche Entwicklung sind bekannt? *Kindheit und Entwicklung* 2019; 28(1): 6-18.
- 45 Bayerische Akademie für Sucht und Gesundheitsfragen (Hrsg.). Schwangerschaft und Sucht. Besonderheiten beim Umgang mit substanzabhängigen schwangeren Frauen. München, Mai 2024. https://www.bas-muenchen.de/wp-content/uploads/BAS-Informationspapier_Schwangerschaft-und-Sucht_2024.pdf
- 46 Forsa - Politik und Sozialforschung. Alkoholkonsum und Schwangerschaft. Berlin, 2017. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Studie_BevBefragung_Alkohol_Schwangerschaft_Forsa.pdf
- 47 TNS Infratest Politikforschung. „Alkohol und Schwangerschaft“ – KW 35/2014. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung – Tabellarische Übersichten. Berlin, 1. Sept. 2014.
- 48 DHS Factsheet 2015. Alkohol in der Schwangerschaft. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/FS_Alkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf

rend der Schwangerschaft zu schaffen.⁴⁹ Auch für Kurzinterventionen, z. B. in der Arztpraxis, gibt es Hinweise, dass sie den Alkoholkonsum schwangerer Frauen mit initial höherem Alkoholkonsum positiv beeinflussen können.⁵⁰

Die **Kampagne „Schwanger? Null Promille!“ des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung** bietet schwangeren Frauen, ihren Partnern, ihrem Umfeld und allen anderen, die die Schwangerschaft begleiten, in mehreren Sprachen wichtige Informationen rund um das Thema Schwangerschaft und Alkohol. Herzstück der Kampagne ist die Website www.schwanger-null-promille.de. Sie zeigt auch Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten auf und setzt durch aktuelle Blogs einen direkten Bezug zur Lebenswelt werdender Eltern. Weitere Elemente der Kampagne sind die Ansprache der Zielgruppen über Social Media und eine Ausstellung für die Präventionsarbeit vor Ort. „Schwanger? Null Promille!“ wird gefördert durch die Initiative Gesund. Leben.Bayern. des Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention.

Das vom Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention und vom Bund geförderte Projekt **Deutsches FASD Kompetenzzentrum Bayern** etabliert die erste interdisziplinäre, multiprofessionelle, an die Universitätsmedizin angebundene und wissenschaftlich begleitete Kontakt- und Koordinationsstelle für FASD in Bayern und

Deutschland. Ziel ist die Vorbeugung von FASD sowie die Unterstützung, Förderung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit FASD. Das Kompetenzzentrum dient als Anlaufstelle für Familien mit Kindern und Jugendlichen mit FASD, für betroffene junge Menschen und auch für Fachkräfte, die Betroffene betreuen. Die Aufsuchenden können persönliche, telefonische und digitale Unterstützung erhalten – kostenlos, ohne Überweisung und ohne Meldung an die Krankenkasse. Seit Ende 2021 wird zudem unter der Leitung des Deutschen FASD Kompetenzzentrums Bayern das Projekt **„FASD Smiley Digital“** umgesetzt, das die digitale Unterstützung bei Prävention, Diagnostik und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit FASD vorantreiben soll. Weitere Informationen unter: <https://www.deutsches-fasd-kompetenzzentrum-bayern.de>

Das von der Gesundheitsregionplus Landkreis Fürth umgesetzte Projekt **„Sensibilisierungsaktion FASD“** möchte schwangere Frauen über die Gefahren von Alkohol während der Schwangerschaft aufklären und sensibilisieren. Insbesondere Frauen mit riskanten Konsummustern oder Alkoholabhängigkeit stehen hierbei im Fokus. In Zusammenarbeit mit dem Netzwerk FASD Nordbayern e.V. wurde eine Postkarte zur Aufklärung erstellt, welche über Beratungsstellen, Apotheken und Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen gezielt an die Zielgruppe verteilt wird. Ausgangspunkt der Aktion waren die Ergebnisse

-
- 49 Dumas A et al. Warning about drinking during pregnancy: lessons from the French experience. *Reprod Health* 2018; 15(1): 20. DOI 10.1186/s12978-018-0467-x; Parackal SM et al. Warning labels on alcohol containers as a source of information on alcohol consumption in pregnancy among New Zealand women. *Int J Drug Policy* 2010; 21(4): 302-305.
- 50 Erng MN et al. Prevention of Alcohol-Exposed Pregnancies and Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review. *Alcohol Clin Exp Res.* 2020; 44(12): 2431-2448.

einer Befragung, die zeigte, dass bei jungen Müttern eine unzureichende Aufklärung über die Auswirkung von Alkohol während der Schwangerschaft vorherrscht. Weitere Informationen unter: https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/geforderter_regionen/region/2337956/16

Einnahme von Medikamenten

Auch viele Medikamente können die Plazenta-Schranke ungehindert passieren und dem Kind schaden. Dies gilt sowohl für verschreibungspflichtige als auch nicht-verschreibungspflichtige

Medikamente und pflanzliche Präparate sowie Nahrungsergänzungsmittel. Erkenntnisse zu Häufigkeit und Ausmaß des (missbräuchlichen) Medikamentenkonsums in der Schwangerschaft in Deutschland liegen kaum vor.⁵¹ **Internationale Studien legen allerdings nahe, dass Arzneimittelbehandlung bzw. -konsum in der Schwangerschaft nicht die Ausnahme, sondern eher die Regel ist.**⁵² Medikamente während der Schwangerschaft sollen nur nach ärztlicher Rücksprache eingenommen werden.⁵³

Infektionsrisiken und Impfungen vor und in der Schwangerschaft

Infektionsrisiken

Infektionen in der Schwangerschaft können besondere gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind bergen. Welche Risiken von Infektionen ausgehen, ist je nach Erreger und abhängig von der Entwicklungsphase des Embryo bzw. Feten⁵⁴ sehr unterschiedlich. Sie können von Fehl- bzw. Totgeburt, Frühgeburt, schwerer Fehlbildung über eine postnatale Infek-

tion beim Kind bis hin zu gut behandelbaren Erkrankungen ohne bleibende Folgen reichen. Zudem wird die werdende Mutter während der Schwangerschaft zunehmend anfälliger für bestimmte Infektionskrankheiten. Manche Infektionskrankheiten können bei Erkrankung während der Schwangerschaft einen schwereren Verlauf nehmen. Dies ist z. B. bei Grippe (Influenza), COVID-19 oder auch Masern und Windpocken (Varizellen) bekannt.⁵⁵

-
- 51 Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW BELLA DONNA. Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder - Stand der internationalen sozialwissenschaftlichen Forschung. Abschlussbericht 2019. <https://w-kis.de/medikamentenabhaengige-schwangere-frauen-muetter-und-ihre-kinder/>
- 52 Berard A et al. The French Pregnancy Cohort: Medication use during pregnancy in the French population. PLoS ONE 14(7): e0219095. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219095>; Berard A & Sheehy O. The Quebec Pregnancy Cohort - prevalence of medication use during gestation and pregnancy outcomes. PLoS ONE 9(4): e93870. doi:10.1371/journal.pone.0093870
- 53 Koletzko B et al. Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Geburtsh Frauenheilk 2018; 78: 1262-1282. doi: 10.1055/a-0713-1058
- 54 Fetus (oder auch Fötus) nennt man das ungeborene Kind ab etwa der neunten Woche nach der Befruchtung bis zur Geburt. In der Zeit davor, in der zum überwiegenden Teil die inneren Organe angelegt werden, wird es als Embryo bezeichnet.
- 55 Röbl-Mathieu M & Kunststein A. Impfung bei Frauen. Ein Leitfaden für Gynäkologie und Hausarztpraxis. essentials. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2023. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-68010-0>

Selbst Infektionen, die Jahre vorher erworben werden, können während einer späteren Schwangerschaft zu Komplikationen führen. Ein Beispiel sind Krebsvorstufen am Gebärmutterhals, die durch Humane Papillomviren (HPV) verursacht werden und eine operative Behandlung mit eventuell ungünstigen Folgen für spätere Schwangerschaften erforderlich machen können.

Gegen viele Infektionen gibt es allerdings einen guten Schutz – durch Impfungen oder, wo keine Impfung verfügbar ist, durch Expositionsvermeidung oder Therapiemöglichkeiten.

(S)TORCH ist ein Akronym für die wichtigsten Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft, die von der werdenden Mutter auf das Kind übertragen werden (kongenitale Infektionen) und unter Umständen gravierende Folgen für das Ungeborene haben können.⁵⁶ (S)TORCH steht für:

S - Syphilis

T - Toxoplasmose

O - Others (z. B. Varizellen (Windpocken), Hepatitis B und C, HIV, Chlamydien, Listerien, Parvovirus B19 (Ringelröteln), Zika-Virus)

R - Röteln-Virus

C - Cytomegalie-Virus

H - Herpes simplex-Virus

Die Schwangerenvorsorge beinhaltet gemäß der Mutterschafts-Richtlinie infektiologische Untersuchungen auf Syphilis, eine genitale Chlamydia trachomatis-Infektion, HIV und Hepatitis B, wobei eine Testung auf HIV nur nach Beratung und im Einvernehmen mit der Schwangeren erfolgen darf (siehe auch Abschnitt Schwangerenvorsorge).⁵⁷ Eine Studie auf der Basis von Abrechnungsdaten von rund 70 Betriebs- und Innungskrankenkassen ergab, dass in Deutschland in den Jahren 2011 bis 2015 durchschnittlich 95,3 % aller Schwangeren die Untersuchung auf Syphilis in Anspruch nahmen, 91,6 % wurden auf Hepatitis B getestet und 84,9 % auf eine HIV-Infektion.⁵⁸ Bei Schwangeren ohne Rötelnimmunität ist darüber hinaus eine Testung auf Röteln-Antikörper und ggf. weitere Abklärung Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge.⁵⁹ Weitere infektiologische Untersuchungen gibt es u. a. zu Toxoplasmose, Cytomegalie-Virus, Streptokokken der Gruppe B, Ringelröteln oder Listerien. Diese sind allerdings nicht routinemäßig in der Mutterschaftsvorsorge gesetzlich festgelegt und stellen daher meist eine Selbstzahler-Leistung (individuelle Gesundheitsleistung, kurz: IGeL) dar.⁶⁰ Für viele der genannten Infektionen besteht eine Meldepflicht. Zur Häufigkeit meldepflichtiger Infektionskrankheiten bei Schwangeren in Bayern liegen allerdings keine belastbaren Daten vor.

56 Je nach Quelle mit oder ohne Syphilis; Mayatepek E (Hrsg.). Pädiatrie. Grundlagen, Klinik und Praxis. Elsevier, München, 2019: 85.

57 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL). Fassung vom 21. September 2023, zuletzt geändert am 28. September 2023, in Kraft getreten am 19. Dezember 2023.

58 Beermann S et al. Gelingt das Screening von Schwangeren auf HIV, Syphilis und Hepatitis B in Deutschland? Eine Analyse auf Basis von Routinedaten. Bundesgesundheitsbl 2020; 63: 1143-1150.

59 Von einer Immunität gegen Röteln ist auszugehen, wenn eine zweimalige Impfung gegen Röteln erfolgt ist bzw. spezifische Antikörper gegen Röteln vor Beginn der jeweiligen Schwangerschaft nachgewiesen und dokumentiert sind.

60 Für Informationen zu IGeL-Leistungen allgemein und Bewertungen ausgewählter IGeL-Leistungen siehe das Portal des Medizinischen Dienstes Bund der gesetzlichen Krankenkassen unter <https://www.igel-monitor.de/>

Impfschutz vor und in der Schwangerschaft

Ein vollständiger Impfschutz kann viele Infektionen und damit verbundene schwerwiegende Komplikationen während und nach einer Schwangerschaft für Mutter und (ungeborenes) Kind verhindern. Eine **Röteln-Infektion** der werdenden Mutter beispielsweise kann sich auf das ungeborene Kind übertragen. Insbesondere in der Frühphase der Schwangerschaft kann es dabei zu Schädigungen beim Kind kommen, zwischen 15 und 20 % der ungeborenen Kinder sterben, andere kommen ggf. mit Defekten an Herz, Augen und Ohren oder anderen Organschäden zur Welt. Bei einer Infektion in der zweiten Schwangerschaftshälfte kommt es nur noch in Ausnahmefällen zu Schädigungen des Kindes.⁶¹ Auch eine **Infektion mit Windpocken** während der Schwangerschaft kann schwere Entwicklungsstörungen beim Kind verursachen. Zudem kann eine Windpocken-Infektion des Säuglings während oder kurz nach der Geburt zu schweren Komplikationen führen.⁶² Letzteres ist z. B. auch bei einer **Infektion mit Masern** möglich. Eine **Hepatitis B-Infektion** des Säuglings birgt ein besonders hohes Risiko eines chronischen Verlaufs.⁶³

Impfungen können viele dieser Infektionserkrankungen verhindern bzw. das Risiko für schwere Krankheitsverläufe minimieren. Zudem schützen Impfungen vor und während der Schwangerschaft das Neugeborene auch indirekt: Die nach der Impfung gebildeten Antikörper werden im Mutterleib auf das Ungeborene übertragen. Diese schützen das Baby nach der Geburt für einige Zeit vor Krankheiten wie Masern und Keuchhusten („Nestschutz“). Zudem senkt ein vollständiger Impfschutz der Mutter und anderer Bezugspersonen das Risiko einer Ansteckung des Neugeborenen.

Für einen optimalen Schutz von Mutter und Kind ist daher ein altersgerechter Impfstatus nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) wichtig. Da Schwangerschaften häufig nicht zu einem vorher geplanten Zeitpunkt eintreten, wird allen Frauen im gebärfähigen Alter empfohlen, ihren Impfschutz auch im Hinblick auf eine mögliche zukünftige Familienplanung überprüfen zu lassen und eventuelle Impflücken rechtzeitig zu schließen. Dies ist insbesondere auch deswegen bedeutsam, da nicht alle Impfungen, die zum Schutz des ungeborenen Kindes wichtig sind, während der Schwangerschaft verabreicht werden können. Lebendimpfungen, z. B. gegen Röteln, Masern, Mumps und Windpocken sollen während der Schwangerschaft grundsätzlich nicht durchgeführt werden.⁶⁴ Deshalb ist hier ein vollständiger Impfschutz **bereits vor der Schwangerschaft** für Frauen besonders wichtig. Dagegen werden

61 RKI. Röteln. RKI-Ratgeber. Stand 30.10.2021; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Roeteln.html#doc2394074bodyText9

62 Siehe z. B. RKI. Vorgehen bei Frauen im gebärfähigen Alter zur Vermeidung von Röteln und Varizellen in der Schwangerschaft, Stand 13.12.2018; https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/AllgFr_AllgemeineFragen/FAQ_Vermeidung-Roeteln-Varizellen-in-der-Schwangerschaft.html

63 Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2024. Epid Bull 2024; 4: 37-40. DOI 10.25646/11892.4

64 Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2024. Epid Bull 2024; 4: 37-40. DOI 10.25646/11892.4

Impfungen gegen Keuchhusten und saisonale Grippe **in jeder Schwangerschaft** von der STIKO ausdrücklich empfohlen.

Die 2006 gegründete **Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI)** verfolgt das Ziel, das Wissen über Impfungen in der Bevölkerung zu verbessern und den Menschen auf der Basis der Freiwilligkeit eine informierte und mündige Impfentscheidung zu ermöglichen. In der industrieunabhängigen Arbeitsgemeinschaft kooperieren Ärzteschaft, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen und Wissenschaft einschließlich aller bayerischen Mitglieder der Ständigen Impfkommission. Informationen zum Impfschutz vor und während einer Schwangerschaft können dem **LAGI-Flyer „Lassen Sie sich impfen, Ihr Schutz ist sein Schutz“** entnommen werden.⁶⁵ Informationen zu den Impfeempfehlungen der STIKO und weitere relevante Informationen, Broschüren und Veranstaltungen der LAGI unter: <https://www.lagi.bayern.de>

Umfängliche **Daten zum Impfstatus**, speziell von Frauen mit Kinderwunsch bzw. in der Schwangerschaft, liegen nicht vor. Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge wird der Röteln-Impfstatus im Mutterpass dokumentiert, ebenso wie die Durchführung einer Impfung gegen Grippe (Influenza) und Keuchhusten (Pertussis) in der Schwangerschaft. Veröffentlichte Daten auf Basis der Dokumentationen im Mutterpass stehen nicht zur Verfügung. Die Impfsur-

veillance am Robert Koch-Institut basiert auf den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung für gesetzlich Versicherte. Sie zeigt **niedrige Impfquoten bei den in der Schwangerschaft ausdrücklich empfohlenen Impfungen gegen Influenza und Pertussis**: In der Influenzasaison 2021/2022 wurden 12,9 % aller zur Impfsaison Schwangeren in Bayern gegen Influenza geimpft (bundesweit 17,5 %). Zudem haben 33,0 % der Schwangeren in Bayern, die im ersten Quartal 2021 im ersten Schwangerschaftsdrittel waren, im Verlauf ihrer Schwangerschaft die Impfung gegen Pertussis in Anspruch genommen (bundesweit 39,7 %). Bei beiden Impfungen war die Inanspruchnahme bei jüngeren Schwangeren geringer als bei Schwangeren ab 30 Jahren.⁶⁶ Die niedrigen Impfquoten zeigen, wie wichtig eine entsprechende Aufklärung der Schwangeren über die Vorteile der Impfungen ist.

Bei Infektionen, gegen die keine Impfung verfügbar ist, treten andere Schutzmöglichkeiten in den Vordergrund, wie z. B. bei der **Toxoplasmose**. Eine Erstinfektion der Schwangeren mit dem Parasiten der Toxoplasmose (*Toxoplasma gondii*) kann beim ungeborenen Kind, insbesondere bei Erstinfektionen in der Frühschwangerschaft, u. a. zu schweren bleibenden neurologischen Schäden und Beeinträchtigungen des Sehvermögens führen. Endwirte des Erregers sind Katzen. Infektionen beim Menschen entstehen vor allem durch direkten Kontakt zu Katzen bzw. Katzenkot, die orale Aufnahme von sogenannten Oozysten aus Katzenkot, z. B. durch ungewaschenes Gemüse, sowie die Aufnahme von soge-

65 siehe https://www.bestellen.bayern.de/shoplink/stmgp_gesund_027.htm

66 Rieck T et al. Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance. *Epid Bull* 2022; 49: 3-23. DOI 10.25646/10855

nannten Gewebssystemen aus dem zystenhaltigen Fleisch infizierter Tiere (z. B. Schweine-, Rind-, Schafs- oder Geflügelfleisch), wenn dieses nur ungenügend gegart oder roh verzehrt wird. Basierend auf repräsentativen Daten für Deutschland wird geschätzt, dass jährlich bei ungefähr 1 % der Schwangerschaften Serokonversionen auftreten, d. h. eine Antikörperantwort im Rahmen einer Infektion, und geschätzt folglich rund 1.300

fetale Infektionen und ca. 350 Neugeborene mit klinischen Symptomen.⁶⁷ Zu den Schutzmaßnahmen gegen eine Infektion gehören u. a. der Verzicht auf rohe und nicht ausreichend erhitzte Fleischprodukte, gründliches Waschen von rohem Gemüse und Früchten vor dem Verzehr, gute Händehygiene sowie beim Halten von Katzen das Reinigen von Kotkästen durch Nicht-Schwangere.⁶⁸

Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung

Mit der **Schwangerenvorsorge** sollen vorrangig gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind frühzeitig erkannt und ggf. behandelt werden. Zudem sollen die schwangeren Frauen zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil, Infektionsrisiken und Impfangeboten, Aspekten der Mundgesundheit bei Mutter und Kind, Stillen und bei Bedarf zu psychosozialen Unterstützungsangeboten beraten werden. Die Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses regelt die ärztliche Betreuung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung während Schwangerschaft und nach Geburt, einschließlich der Vorsorgemaßnahmen für Schwangere.⁶⁹ Die erste Vorsorgeuntersuchung sollte möglichst frühzeitig nach Feststellung der Schwangerschaft erfolgen. Bei dieser Untersuchung wird der voraus-

sichtliche Geburtstermin berechnet und der **Mutterpass** ausgestellt. Darin werden Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand der Schwangeren, dem Verlauf der Schwangerschaft und zu ggf. aufgetretenen Komplikationen eingetragen. Die weiteren Vorsorgeuntersuchungen finden im Abstand von jeweils vier Wochen und ab der 32. Schwangerschaftswoche alle zwei Wochen statt. Zu festgelegten Zeitfenstern während der Schwangerschaft sollen der Schwangeren insgesamt drei Ultraschalluntersuchungen angeboten werden und Schwangeren ohne bekannten Diabetes in der 24.–27. Schwangerschaftswoche ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes. Insgesamt sind in etwa zehn Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen.

67 RKI. Vorkommen und Bedeutung von Toxoplasmose in Deutschland, Stand: 03.03.2016. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Toxoplasmose/Toxoplasma_gondii_in_Deutschland.html; Wilking H et al. Prevalence, incidence estimations and risk factors of Toxoplasma gondii infection in Germany: a representative, cross-sectional, serological study. Sci Rep 2016; 6: 22551. doi: 10.1038/srep22551

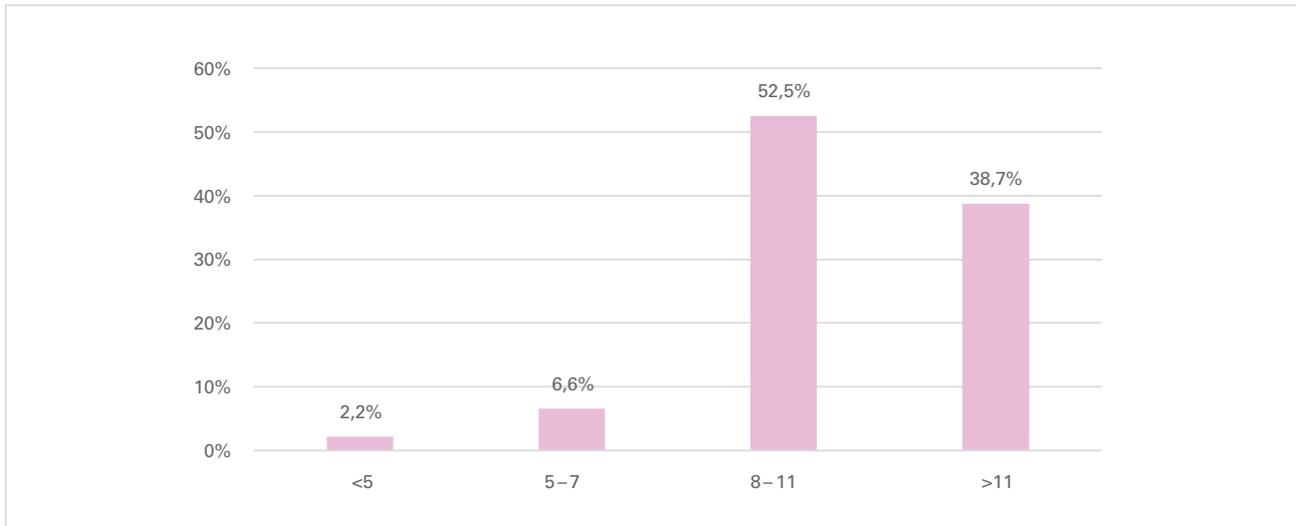
68 RKI. RKI Ratgeber: Toxoplasmose, Stand: 18.10.2018. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Toxoplasmose.html

69 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL). Fassung vom 21. September 2023, zuletzt geändert am 28. September 2023, in Kraft getreten am 19. Dezember 2023.

Aus der Perinatalstatistik lagen für das Jahr 2022 zu gut 80 % der Schwangeren in Deutschland Angaben zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen vor. Für etwas mehr als die Hälfte von ihnen sind acht bis elf Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert, für knapp 40 %

mindestens zwölf Untersuchungen. Rund 9 % nahmen weniger als acht Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Bei etwas mehr als 2 % waren es weniger als fünf Untersuchungen, dies gilt gemäß der Perinatalstatistik als Unterversorgung.⁷⁰

Abbildung 8: Anteil der Schwangeren* nach Anzahl der in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Deutschland, 2022



Quelle: IQTIG, Berechnung LGL

*Bezugsgröße: alle Schwangeren mit Angaben zur Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen

Der **Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes)** ist eine erstmals während der Schwangerschaft auftretende Störung des Blutzuckerspiegels bei Frauen ohne vorbestehenden Diabetes, die sich typischerweise nach der Geburt wieder normalisiert. Die Erkrankung ist, insbesondere wenn sie unbehandelt bleibt, ein Risikofaktor für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und die spätere Gesundheit des Kindes. Zudem ist das spätere Diabetesrisiko der Mutter erhöht.

Wichtige vermeidbare Risikofaktoren sind Adipositas, eine starke Gewichtszunahme während der Schwangerschaft und Bewegungsmangel.⁷¹

Seit 2012 wird im Rahmen der Schwangerenvorsorge Schwangeren ohne vorbestehendem Diabetes zwischen der 24. bis 27. Schwangerschaftswoche ein **Screening auf Gestationsdiabetes** angeboten. Daten zur Inanspruchnahme liegen für Schwangere mit nachfolgender Klinikge-

70 IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg.). Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe. Erfassungsjahr 2022. Berlin, 20. Juli 2023.

71 Reitzle L et al. Prävalenz von Gestationsdiabetes mellitus in Deutschland: Trend und Unterschiede nach regionaler sozioökonomischer Deprivation. J Health Monit 2024; 9(2): e12009. doi: 10.25646/12009

burt vor. Im Jahr 2020 lag der Anteil unter Schwangeren in Bayern mit Klinikgeburt, die am Screening teilnahmen, bei 94 % (Bundesdurchschnitt 93,3 %). Der Anteil der Schwangeren ohne dokumentierte Untersuchung auf Gestationsdiabetes ging bis zum aktuellsten vorliegenden Datenjahr 2020 stetig zurück.⁷²

Ein Schwangerschaftsdiabetes (erfasst als dokumentierter Gestationsdiabetes bei Frauen mit Klinikgeburt) lag in Bayern im Jahr 2021 bei 7,2 % der Schwangeren vor (Deutschland 8,5 %). Ältere Schwangere sind häufiger betroffen als jüngere. Zudem tritt Schwangerschaftsdiabetes häufiger in sozioökonomisch benachteiligten Regionen auf. Im Jahr 2013 lag die Prävalenz noch bei 4,6 %. Seither fand ein stetiger Anstieg statt, der Schwangere aller Altersgruppen betrifft. Auch international wird eine Zunahme des Schwangerschaftsdiabetes beobachtet. Zu dem Anstieg in Deutschland können die zunehmende Inanspruchnahme des Screenings, Änderungen im Dokumentationsverhalten, aktualisierte Diagnosekriterien des Gestationsdiabetes sowie eine Zunahme von mütterlichen Risikofaktoren, wie Übergewicht/Adipositas, beigetragen haben.⁷³

Neben ärztlichen Leistungen spielt die Hebammenhilfe bei der Vorsorge und Betreuung während der Schwangerschaft eine wichtige Rolle.⁷⁴ In Bayern gab es im Jahr 2022 3.507 selbständig tätige (freiberufliche) Hebammen und Entbindungspfleger (und 668 im Krankenhaus festangestellte).⁷⁵ Die meisten der im Mutterpass vorgesehenen routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen können auch von Hebammen durchgeführt werden (ausgenommen hiervon sind vor allem die Ultraschalluntersuchungen und das Screening auf Gestationsdiabetes).⁷⁶ Gesetzlich Versicherte können darüber hinaus weitere von Hebammen angebotene Leistungen, u. a. Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungskurse sowie eine Wochenbettbetreuung nach der Geburt, in Anspruch nehmen. Im Rahmen der 2018 durchgeführten Studie zur Hebammenversorgung in Bayern gaben etwas weniger als zwei Drittel der befragten Mütter an, während der Schwangerschaft eine individuelle Schwangerenbetreuung durch eine Hebamme in Anspruch genommen zu haben (z. B. Beratungsgespräche, Hilfe bei Beschwerden oder Schwangerenvorsorge). Eine Inanspruchnahme von Geburtsvorbereitungskursen wurde ebenfalls von knapp zwei Dritteln der befragten Mütter angegeben. Erstgebärende nahmen häufiger an Geburtsvorbereitungskursen teil als Zweit- oder Mehrgebärende.⁷⁷

72 RKI. Diabetes Surveillance: Screening Gestationsdiabetes https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/2-19_Screening_Gestationsdiabetes.html

73 RKI. Diabetes Surveillance: Prävalenz Gestationsdiabetes, https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/1-02_Praevalenz_Gestationsdiabetes.html?nn=16718126; Reitzle L et al. Prävalenz von Gestationsdiabetes mellitus in Deutschland: Trend und Unterschiede nach regionaler sozioökonomischer Deprivation. *J Health Monit* 2024; 9(2): e12009. doi: 10.25646/12009

74 Der Anspruch auf Hebammenhilfe ist in § 24d Sozialgesetzbuch V geregelt.

75 Siehe LGL Gesundheitsindikator 08.22 „Hebammen in ambulanten und stationären Einrichtungen in Bayern“, <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld08/indikator0822.htm>

76 Schwarz C. Betreuungsplan. In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg.). *Schwangerenvorsorge durch Hebammen*. Georg Thieme Verlag, 2023 (4. Auflage): 142-147.

77 Sander M et al. Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Berlin, IGES Institut, 2018. https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf

Tabelle 1: Wichtigste Gründe für Nicht-Inanspruchnahme einer Betreuung durch eine Hebamme vor der Geburt, Anteil befragter Mütter ohne Inanspruchnahme der Leistung, Bayern

Grund für Nicht-Inanspruchnahme	Anteil befragter Mütter ohne Inanspruchnahme
Wurde durch Arzt bzw. Ärztin ausreichend betreut	59 %
Brauche keine Hebamme, da ich mich selbst gut auskenne	20 %
Wusste nicht, dass Hebammen auch Schwangerenbetreuung vor der Geburt anbieten	19 %
Wusste nicht, dass Schwangerenbetreuung vor der Geburt durch die Krankenkasse bezahlt wird	19 %
Die angefragte(n) Hebamme(n) bereits ausgebucht	16 %
Die ausgewählte(n) Hebamme(n) bot(en) nur eine Betreuung im Wochenbett an	12 %

Quelle: Studie zur Hebammenversorgung in Bayern 2018

Unterschiede in der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge sind insbesondere auch auf **sozioökonomische Faktoren** zurückzuführen. Psychosoziale Probleme, Gewalterfahrungen, niedriges Familieneinkommen und Migrationshintergrund (insbesondere bei einer kurzen Aufenthaltsdauer in Deutschland vor der Geburt) gehen häufiger mit einer spät begonnen Schwangerenvorsorge einher.⁷⁸ Darüber hinaus nehmen Frauen mit Migrationshintergrund Geburtsvorbereitungskurse seltener in Anspruch.⁷⁹

Schwangerschaften bei Teenagern

sind meist ungeplant. Sie können die persönlichen Entwicklungschancen, Bildungsmöglichkeiten und Einkommenschancen

einschränken. Darüber hinaus bergen sie gesundheitliche Risiken, u. a. ein höheres Risiko für Frühgeburten, ein geringeres Geburtsgewicht, Totgeburten und eine höhere perinatale Mortalität. In Bayern wurden im Jahr 2023 1.102 Kinder von Frauen unter 20 Jahren geboren. In den letzten 20 Jahren ist der Anteil der Neugeborenen von Müttern unter 20 Jahren von 26 je 1.000 Geburten im Jahr 2004 auf knapp 10 je 1.000 zurückgegangen. Ein rückläufiger Trend wird auch bundesweit und international beobachtet.⁸⁰ Ein früher Beginn der sexuellen Aktivität sowie mangelndes Wissen zur Anwendung von Verhütungsmethoden und unzureichende Aufklärung zählen zu den wichtigsten Ursachen von Teenagerschwangerschaften.

78 Goeckenjan M et al. Schwangerenvorsorge. Gynäkologe 2021; 54: 579–589. doi: <https://doi.org/10.1007/s00129-021-04821-5>

79 RKI (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, 2020: 256, 291.

80 Geburtenstatistik 2023, LfStat und DeStatis. Weniger Teenagermütter in Deutschland: 2022 wurden 6 Kinder je 1 000 Frauen zwischen 15 und 19 Jahren geboren, Zahl der Woche Nr. 41 vom 10. Oktober 2023. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_41_p002.html

Studien zeigen, dass diese häufiger bei Frauen und Mädchen mit niedrigem sozial-ökonomischen Status vorkommen.⁸¹

Schwangere Teenager benötigen besondere Unterstützung. Erste Anlaufstellen können das **kostenlose Hilfetelefon Schwangere in Not** (Tel: 0800 40 40 020) oder die **128 staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen in Bayern** sein: <https://www.stmas.bayern.de/schutz-ungeborenes-leben/beratung/index.php>

Eine **Risikoschwangerschaft**, d. h. eine Schwangerschaft mit besonderem Überwachungsbedarf oder besonderen Risiken, liegt gemäß der Mutterschafts-Richtlinie vor, wenn aufgrund der Vorgeschichte der Mutter (anamnestische Befunde) oder erhobener Befunde nach ärztlicher Beurteilung mit einem erhöhten

Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist.⁸² Bei einer Risikoschwangerschaft können zusätzliche Untersuchungen und Behandlungen erforderlich sein. Zum Schutz von Mutter und Kind wird darüber hinaus häufig ein Berufsverbot ausgesprochen. Zu den Befunden, die zur Einstufung einer Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft führen können, gehören u. a. Risiken wie schwere Allgemeinerkrankung der Schwangeren, Erstgebärende unter 18 oder über 35 Jahren, Mehrgebärende über 40 Jahren, bestimmte Probleme bei vorausgegangenen Schwangerschaften bzw. Geburten, Vorliegen eines Diabetes, Schwangerschaftsdiabetes oder einer hypertensiven, d. h. mit erhöhtem Blutdruck einhergehenden Schwangerschaftserkrankung der Mutter oder Mehrlingsschwangerschaften. Der Perinatalstatistik für das Jahr 2022 zufolge war bei rund 79 % der Schwangeren in Deutschland mindestens ein Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert.⁸³

81 Graf J et al. Teenagerschwangerschaft - Aspekte der interdisziplinären Versorgung. Gynäkologie + Geburtshilfe 2023; 28(2): 22-25.

82 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL). Fassung vom 21. September 2023, zuletzt geändert am 28. September 2023, in Kraft getreten am 19. Dezember 2023: 8-11.

83 IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg.). Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe. Erfassungsjahr 2022. Berlin, 20. Juli 2023: 89-91.

Tabelle 2: Häufigkeit ausgewählter im Mutterpass dokumentierter Befunde, die zur Bewertung als Risikoschwangerschaft führen, 2022, Deutschland

	Anzahl betroffene Schwangere	Anteil an allen Schwangeren mit Vorlage eines Mutterpasses
Schwangere mit mind. 1 Befund	555.425	78,8 %
Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)	191.101	27,1 %
Allergie	147.527	20,9 %
Schwangere über 35 Jahren	134.854	19,1 %
Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	126.826	18,0 %
Zustand nach sectio caesarea (Kaiserschnitt)	112.420	15,9 %
Adipositas⁸⁴	87.312	12,4 %
Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)	52.365	7,4 %
Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen	44.390	6,3 %
Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)	25.011	3,5 %
Z. n. Frühgeburt (< 37 SSW)	16.155	2,3 %
Abusus (nicht näher spezifizierter Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch)	15.802	2,2 %
Mehrlingsschwangerschaft	11.038	1,6 %
Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	9.502	1,3 %
Diabetes mellitus	7.963	1,1 %
Schwangere unter 18 Jahren	3.161	0,4 %

Datenquelle: IQTIG, Perinatalstatistik, Berechnung LGL

84 Anmerkung: Die hier berichtete Adipositasrate weicht aufgrund unterschiedlicher Grundgesamtheiten und Erhebungsmethode und -kontext von der im Abschnitt „Übergewicht und Adipositas“ berichteten Rate ab.

Schwangerschaften bei Frauen ab einem Alter von 35 Jahren werden als Risikoschwangerschaften eingestuft, da das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und Chromosomenanomalien steigt. Darüber hinaus steigt mit dem Alter das Risiko für Infertilität (siehe Abschnitt Unerfüllter Kinderwunsch).

Die **Pränataldiagnostik** umfasst vorgeburtliche Untersuchungen, die Aussagen über bestimmte Krankheiten und Behinderungen des ungeborenen Kindes geben sollen. Die Kosten werden nur in bestimmten Fällen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen, u. a. bei Risikoschwangerschaften oder zur Abklärung von Auffälligkeiten. Zu den Methoden zählen invasive und nicht-invasive Untersuchungen. Besondere Relevanz hat in den letzten Jahren der **nicht-invasive Pränataltest (NIPT)** gewonnen: Dabei handelt es sich um einen ab der zehnten Schwangerschaftswoche möglichen Bluttest bei der Schwangeren auf bestimmte Chromosomenabweichungen beim ungeborenen Kind (Trisomie 13, 18 und 21), welcher ab 1. Juli 2022 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wurde. Allerdings werden die Kosten nur unter der Voraussetzung übernommen, dass sich bei anderen Untersuchungen Hinweise auf eine Trisomie ergeben haben, oder die

betreuende Ärztin bzw. Arzt und die Schwangere gemeinsam zu der Entscheidung kommen, dass der Test in ihrer persönlichen Situation notwendig ist. Für eine nachfolgende Abklärung eines auffälligen NIPT-Ergebnis sind weitere Untersuchungen, beispielsweise eine Fruchtwasseruntersuchung, nötig. In den vier Quartalen nach Einführung des NIPT als Kassenleistung (3. Quartal 2022 bis 2. Quartal 2023) haben in Deutschland gemäß bundesweiten Abrechnungsdaten durchschnittlich knapp 63.000 gesetzlich versicherte Schwangere pro Quartal den Test auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen.⁸⁵

Vorgeburtliche Untersuchungen können weitreichende Folgen haben. Bevor Schwangere einen pränatalen Test in Anspruch nehmen, müssen sie von der Ärztin bzw. dem Arzt umfassend aufgeklärt und zu den möglichen Konsequenzen beraten werden. Auch die Schwangerschaftsberatungsstellen können bei der Entscheidung für oder gegen einen Test bzw. beim Umgang mit einem auffälligen Ergebnis beratend unterstützen. Eine Broschüre des G-BA informiert über den Test und unterstützt bei der Beratung: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5156/2021-11-09_G-BA_Versicherteninformation_NIPT_bf.pdf

85 Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/9677 – Kassenzulassung des nichtinvasiven Pränataltests – Auswirkungen und mögliche Konsequenzen. Drucksache 20/10039, 15.01.2024 <https://dserver.bundestag.de/btd/20/100/2010039.pdf>

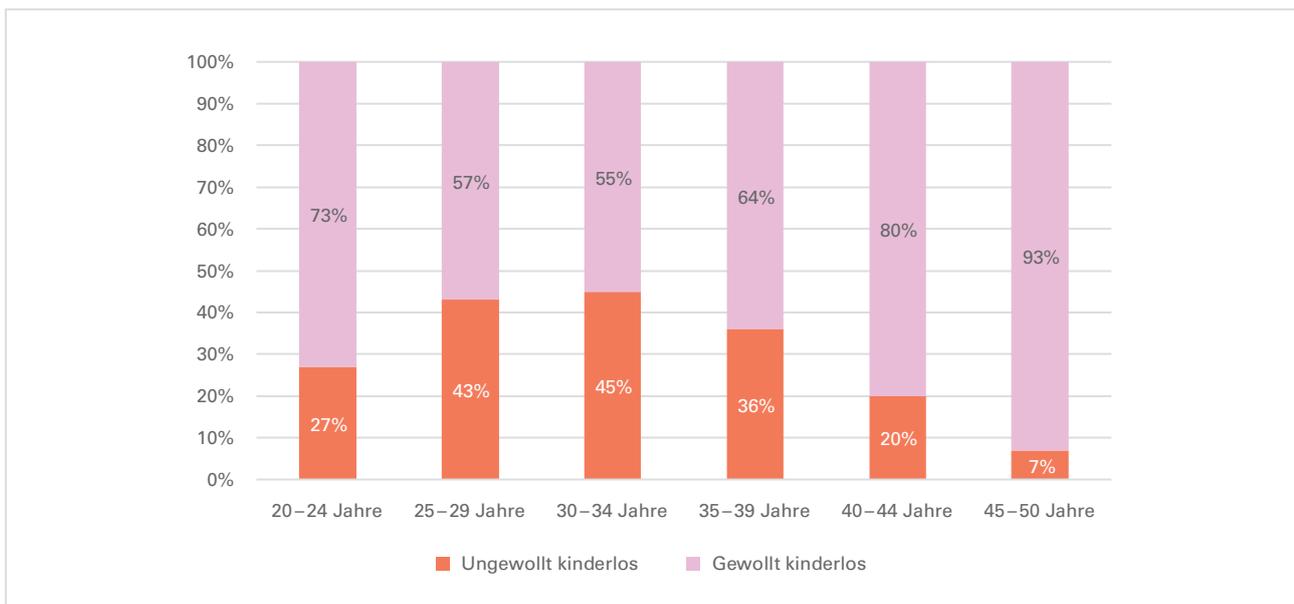
Unerfüllter Kinderwunsch

Von den gut 5 Millionen Frauen zwischen 15 und 75 Jahren in Bayern waren im Jahr 2022 knapp 1,9 Millionen kinderlos, d. h. ohne leibliches Kind – gewollt und ungewollt. Gegen Ende der fertilen Phase, **im Alter zwischen 45 und 54 Jahren, war rund jede fünfte Frau kinderlos** (Bayern 21,2 %, Deutschland 20,3 %).⁸⁶

Der vom Bundesfamilienministerium in Auftrag gegebenen Milieustudie „Ungewollte Kinderlosigkeit 2020“ zufolge ist **rund ein Drittel aller kinderlosen Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren ungewollt kinderlos**. Dieser Anteil

ist im Steigen begriffen: Waren im Jahr 2013 noch 26 % aller kinderlosen Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren ungewollt kinderlos, so waren es im Jahr 2020 32 % (bei Männern der gleichen Altersgruppe Anstieg von 24 % in 2013 auf 32 % in 2020).⁸⁷ Am höchsten sind die Anteile ungewollt Kinderloser an allen Kinderlosen im Alter zwischen 30 und 34 Jahren. Danach sinkt der Anteil ungewollt Kinderloser deutlich. Frauen und Männer verabschieden sich dann zunehmend vom bisher starken Wunsch nach einem Kind und entwickeln andere Lebensentwürfe.

Abbildung 10: Ungewollte und gewollte Kinderlosigkeit, Anteil unter kinderlosen Frauen nach Alter, Deutschland, 2020



Datenquelle: BMFSFJ

Ungewollt Kinderlose sind aufgrund der vielfältigen Ursachen für Kinderlosigkeit eine heterogene Gruppe. Es können gesundheitliche wie

auch soziale Gründe dazu führen, dass Menschen ungewollt kinderlos bleiben, beispielsweise wenn Personen mit Kinderwunsch nicht

86 Statistisches Bundesamt. Statistischer Bericht - Frauen nach Zahl der geborenen Kinder - Endergebnisse des Mikrozensus 2022 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Publikationen/Downloads-Geburten/statistischer-bericht-frauen-zahl-geborene-Kinder-endergebnisse-5126106229005.html?nn=208824>

87 BMFSFJ (Hrsg.). Ungewollte Kinderlosigkeit 2020. Leiden-Hemmungen-Lösungen. Berlin, 3. Auflage, September 2021.

in einer Partnerschaft leben. Bei ca. 80 % der Paare tritt bei regelmäßigem ungeschützten Geschlechtsverkehr innerhalb von zwölf Monaten eine Schwangerschaft ein. **Unfruchtbarkeit (Infertilität)** liegt vor, wenn sich nach dieser Zeit keine Schwangerschaft ergibt.⁸⁸ In etwa 25 % der Fälle kann hierfür keine Ursache gefunden werden. Zur Verteilung der etablierten medizinischen Ursachen zwischen Frauen und Männern sind in der Literatur unterschiedliche Angaben zu finden, insgesamt scheinen Ursachen bei der Frau etwas häufiger zu sein.⁸⁹ Zu letzteren zählen u. a. hormonelle Probleme, Störungen an den Eierstöcken und Eileitern (z. B. aufgrund einer unbehandelten Chlamydieninfektion oder Endometriose), Veränderungen der Gebärmutter, verursacht beispielsweise durch Myome und Endometriose, Fehlbildungen der Fortpflanzungsorgane, immunologische Ursachen und vorausgehende wiederholte Fehlgeburten.

Bei **Endometriose** handelt es sich um eine häufige gynäkologische Erkrankung von Frauen, bei der Gebärmutterhaut-ähnliches Gewebe auch außerhalb der Gebärmutterhöhle wächst und auch dort den hormonellen Veränderungen im Rahmen des Menstruationszyklus unterliegt. Dies kann u. a. zu Entzündungen und Ver-

wachungen im Bauchraum mit Folgeproblemen führen. Der Diagnose geht oft ein langer Leidensweg voran, so vergehen oftmals sechs bis zehn Jahre von ersten Beschwerden bis zur Diagnosestellung. Die häufigsten Symptome umfassen Unterleibsschmerzen, starke Monatsblutungen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Blasen- und Darmprobleme bis hin zur Infertilität.⁹⁰ Es wird davon ausgegangen, dass bei etwa 35–50 % der Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch eine Endometriose vorliegt.⁹¹ Geschätzt sind ungefähr 10–15 % der Frauen im gebärfähigen Alter von Endometriose betroffen.⁹² In Bayern wurden im Jahr 2023 im ambulanten Sektor 35.500 gesetzlich versicherte Patientinnen mit der Diagnose Endometriose behandelt (ICD-Code N80), gut 60 % waren Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren.⁹³

Auch Umweltschadstoffe sowie das Gesundheitsverhalten, insbesondere Rauchen und Über- sowie Untergewicht, aber auch Alkoholkonsum können die Fertilität beeinträchtigen. Der Einfluss psychischer Faktoren wie beispielsweise Stress wird hingegen häufig überschätzt. Eine wichtige Rolle spielt das Alter: bereits ab 25 Jahren nimmt die Fertilität allmählich ab, ab 35 sinkt sie deutlich. Dieser Einfluss-

-
- 88 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.). Diagnostik und Therapie vor einer assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung. S2k-Leitlinie, AWMF Registernummer. 015/085, Stand: Februar 2019: 41-43.
- 89 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.). Diagnostik und Therapie vor einer assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung. S2k-Leitlinie, AWMF Registernummer. 015/085, Stand: Februar 2019: 41-43; RKI (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, 2020: 284-285.
- 90 RKI (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, 2020: 74-75.
- 91 Sachs MK & Leeners B. Fertilität bei Endometriose. Gynäkologische Endokrinologie 2023; 21: 184-188.
- 92 RKI (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, 2020: 74-75.
- 93 Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns unter Zugrundelegung gesicherter Diagnosen und des M2Q-Kriteriums, d.h. die Diagnose lag in mindestens zwei Quartalen des Jahres vor.

faktor nimmt aufgrund des steigenden Alters zum Zeitpunkt der Familienplanung an Relevanz zu.⁹⁴ Die bundesweite Befragung unter Kinderlosen zeigt, dass die eigene Fertilität häufig als selbstverständlich wahrgenommen wird, was auch auf eine Vernachlässigung des Themas im Bereich der Sexualaufklärung zurückgeführt wird. Insbesondere die Rolle des Alters wird als Ursache für verminderte Fertilität von Frauen und Männern häufig unterschätzt.

Medizinische Behandlungsmöglichkeiten

bei unerfülltem Kinderwunsch reichen von Zyklusbeobachtung, Hormontherapien über Insemination (Samenübertragung) bis zu Befruchtungsmethoden außerhalb des Körpers (In-vitro-Fertilisation, IVF). Gesetzliche Grundlage für reproduktionsmedizinische Verfahren ist das Embryonenschutzgesetz. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen einen Teil der Behandlungskosten bei einer künstlichen Befruchtung bei verheirateten Paaren und innerhalb bestimmter Altersgrenzen (Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, Männern zwischen 25 und 50 Jahren).⁹⁵ Teils ältere Erhebungen weisen auf eine Inanspruchnahme assistierter Reproduktion von gut der Hälfte bis ein Drittel der betroffenen Paare hin.⁹⁶ Die vom BMFSFJ beauftragte Studie unter unge-

wollt Kinderlosen zeigt, dass lediglich 17 % der ungewollt kinderlosen Frauen bis 40 Jahren reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch genommen haben.⁹⁷ Insgesamt ist ein Anstieg der dokumentierten Behandlungszyklen von 742 im Jahr 1982 auf 127.920 im Jahr 2022 zu verzeichnen.⁹⁸ Reproduktionsmedizinische Maßnahmen werden häufiger von verheirateten Paaren sowie Paaren mit hohem Einkommen in Anspruch genommen.⁹⁹

Ungewollte Kinderlosigkeit kann für betroffene Paare emotional sehr belastend sein und wird von einem Teil der Betroffenen als Ursache von Stigmatisierung, Diskriminierung und zumindest partieller sozialer Ausgrenzung wahrgenommen. Der vom BMFSFJ beauftragten Befragung zufolge empfinden 48 % der ungewollt Kinderlosen eine Stigmatisierung seitens der Bevölkerung (50 % der Frauen; 43 % der Männer). So berichten beispielsweise 28 % der Befragten, bei bestimmten Themen die Botschaft zu erhalten als Kinderlose nicht kompetent mitreden zu können.¹⁰⁰

Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch neigen häufiger zu Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrten körperlichen Beschwerden, was insbesondere auch Folge von Diagnostik und medizinischen Behandlungen sein kann. Darü-

94 RKI (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, 2020: 284-285.

95 Siehe <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/kuenstliche-befruchtung/>

96 Kuhnt AK & Passet-Wittig J. Familie und Reproduktionsmedizin. In: Becker OA et al. (Hrsg.). Handbuch Familiensoziologie. Springer VS, Wiesbaden, 2022: 625-653.

97 BMFSFJ (Hrsg.). Ungewollte Kinderlosigkeit 2020. Leiden-Hemmungen-Lösungen. Berlin, 3. Auflage, September 2021: 9.

98 Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2022. Modifizierter Nachdruck aus J Reproduktionsmed Endokrinol 2023; 20(5). <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2022-deutsch.pdf>

99 Kuhnt AK & Passet-Wittig J. Familie und Reproduktionsmedizin. In: Becker OA et al. (Hrsg.) Handbuch Familiensoziologie. Springer VS, Wiesbaden, 2022; Köppen K et al. Who can take advantage of medically assisted reproduction in Germany? Reproductive Biomedicine & Society Online 2021; 13: 51-61. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.05.002>

100 BMFSFJ (Hrsg.). Ungewollte Kinderlosigkeit 2020. Leiden-Hemmungen-Lösungen. Berlin, 3. Auflage, September 2021: 12.

ber hinaus können Beeinträchtigungen des Sexuallebens die Folge sein.¹⁰¹ Psychosoziale Unterstützung bietet die **Psychosoziale Kinderwunschberatung** an, die von Fachkräften in eigener Praxis, in Beratungsstellen, insbesondere in Schwangerschaftsberatungsstellen, oder zu geringem Anteil auch direkt in reproduktionsmedizinischen Zentren angeboten wird. Die Beratung kann zu jedem Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung hilfreich sein, etwa als

Entscheidungshilfe, beim Umgang mit Paarkonflikten oder ggf. zur Diskussion alternativer Lebenspläne und Familienformen sowie Perspektiven außerhalb des Kinderwunsches.¹⁰² Allerdings ist lediglich 25 % der ungewollt kinderlosen Frauen und Männer im Alter von 20 bis 50 Jahren die behandlungsunabhängige, nicht-ärztliche psychosoziale Beratung bei bisher unerfülltem Kinderwunsch bekannt.¹⁰³

Fehl- und Totgeburten

Nicht alle Schwangerschaften nehmen einen guten Verlauf und ein glückliches Ende. Die meisten Fehlgeburten treten im ersten Schwangerschaftsdrittel auf. Auch im weiteren Schwangerschaftsverlauf kann es zu Fehl- und später auch Totgeburten kommen, wenngleich wesentlich seltener als im ersten Schwangerschaftsdrittel.

Begriffsklärungen: Die Personenstandsverordnung legt folgende Begriffsbestimmungen für Tot- und Fehlgeburten fest, die auch für die Erfassung von Totgeburten in der Geburtenstatistik angewendet werden:¹⁰⁴

- Eine **Totgeburt** liegt vor, wenn sich bei einem Kind außerhalb des Mutterleibs keines der Lebensmerkmale Herzschlag oder pulsierende Nabelschnur oder Ein-

setzen der natürlichen Lungenatmung gezeigt hat und entweder das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde.

- Eine **Fehlgeburt** (Spontanabort) ist die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft, bei der sich bei einem Kind außerhalb des Mutterleibs keine der vorgenannten Lebensmerkmale gezeigt haben, das Geburtsgewicht unter 500 Gramm liegt und die Geburt vor der 24. Schwangerschaftswoche erfolgt.

Nicht lebend geborene Kinder ebenso wie Kinder, die während oder bald nach der Geburt versterben, werden oft auch als „Sternenkinder“ bezeichnet.

101 RKI (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, 2020: 284-285.

102 Thorn P & Wischmann T. Wie kann die psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland verbessert werden? Gynäkologische Endokrinologie 2022; 20(4): 276-279. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10304-022-00456-4>

103 BMFSFJ (Hrsg.). Ungewollte Kinderlosigkeit 2020. Leiden-Hemmungen-Lösungen. Berlin, 3. Auflage, September 2021: 134-137; Thorn P & Wischmann T. Wie kann die psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland verbessert werden? Gynäkologische Endokrinologie 2022; 20(4): 276-279. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10304-022-00456-4>

104 §31 Absatz 2 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung - PStV); Personenstandsverordnung vom 22. November 2008 (BGBl. I S. 2263), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2024 (BGBl. 2023 I Nr. 206).

Häufigkeit von Tot- und Fehlgeburten

Im Jahr 2023 gab es der Geburtenstatistik zufolge in Deutschland 3.007 Totgeborene, darunter **484 Totgeborene in Bayern**. Im Trend der letzten zehn Jahre deutet sich bei den absoluten Zahlen trotz Schwankungen tendenziell eine Zunahme an. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich in diesem Zeitraum auch die Anzahl der Geburten insgesamt verändert hat. Bezieht man die Anzahl der totgeborenen Kinder auf alle geborenen Kinder, d. h. auf die Lebend- und Totgeborenen, so erhält man die

Totgeborenenquote. Auch hier sind in den vergangenen zehn Jahren leichte Zunahmen in Bayern wie Deutschland zu verzeichnen. Die Ursachen hierfür sind bislang unklar. Als mögliche Erklärungen werden demografische Entwicklungen, u. a. die Zunahme des durchschnittlichen Alters der Mutter bei der Geburt, diskutiert. Allerdings können diese Aspekte die Zunahme der Totgeborenenquote nur zu einem geringen Anteil erklären.¹⁰⁵ Zu berücksichtigen ist jedoch auch, dass ab dem 01.11.2018 die Definition einer Totgeburt geändert und mehr Kinder zu den Totgeborenen gezählt wurden.

Tabelle 3: Anzahl der Totgeborenen* und Totgeborenenquote in Bayern und Deutschland, zeitlicher Trend

Jahr	Bayern		Deutschland	
	Anzahl Totgeborene	Totgeborene je 1.000 Lebend- und Totgeborene	Anzahl Totgeborene	Totgeborene je 1.000 Lebend- und Totgeborene
2014	367	3,2	2.597	3,6
2015	391	3,3	2.787	3,8
2016	444	3,5	2.914	3,7
2017	457	3,6	3.003	3,8
2018	444	3,5	3.030	3,8
2019	444	3,5	3.180	4,1
2020	478	3,7	3.162	4,1
2021	543	4,0	3.420	4,3
2022	474	3,8	3.247	4,4
2023	484	4,1	3.007	4,3

*Totgeborene: ab 01.04.1994 Geburtsgewicht mindestens 500 Gramm; ab 01.11.2018 mindestens 500 Gramm oder das Erreichen der 24. Schwangerschaftswoche

Datenquelle: Destatis, LfStat

105 Kniffka MS et al. Steigende Totgeburtenraten in Deutschland. Eine Analyse der Veränderungen der Alters- und Nationalitätsstruktur von Gebärenden von 2009-2018. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 503-504.

Fehlgeburten werden nach ihrem zeitlichen Auftreten während der Schwangerschaft unterteilt in Frühaborte bis zur zwölften Schwangerschaftswoche und Spätaborte (13. bis vor Beginn der 24. Schwangerschaftswoche). **Genaue Daten zur Anzahl von Fehlgeburten und dem Zeitpunkt ihres Auftretens während der Schwangerschaft liegen für Bayern bzw. Deutschland nicht vor.** Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass ein großer Teil der Fehlgeburten in den ersten Schwangerschaftswochen auftritt und oft als unregelmäßige Menstruationsblutung und nicht als Fehlgeburt gedeutet wird. Des Weiteren müssen Fehlgeburten nicht dem Standesamt gemeldet werden und werden nicht im Personenstandsregister beurkundet, weswegen sie nicht in der amtlichen Statistik erfasst werden.¹⁰⁶ Bundesweite Berechnungen auf der Grundlage von Krankenhausdaten zeigen, dass im Jahr 2021 rund 53 stationäre Fälle von Schwangerschaften mit abortivem Ausgang auf 1.000 Geburten entfielen. Diese Zahl ist jedoch mit einer erheblichen Dunkelziffer belastet, was die Gesamtzahl aller Fehlgeburten anbelangt.¹⁰⁷ Internationalen Studien zufolge enden etwa 15 % aller festgestellten Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt, zudem hat mehr als jede zehnte Frau

weltweit mindestens eine Fehlgeburt erlitten.¹⁰⁸

Das erste Schwangerschaftsdrittel gilt als kritische Phase für Fehlgeburten, bis zu 80 % aller Fehlgeburten ereignen sich in den ersten drei Monaten.¹⁰⁹ Dabei sinkt das Risiko einer Fehlgeburt mit zunehmender Schwangerschaftsdauer. Im zweiten Trimester (4. bis 6. Schwangerschaftsmonat) zeigt sich eine deutlich verminderte Fehlgeburtenrate, diese liegt schätzungsweise bei 1–4 %.¹¹⁰

Wiederholte Fehlgeburten werden von der Weltgesundheitsorganisation als drei oder mehr aufeinanderfolgende Fehlgeburten vor der 20. Schwangerschaftswoche definiert und betreffen rund 1–3 % aller Paare im reproduktionsfähigen Alter.¹¹¹ Auch nach mehreren Fehlgeburten kann die nächste Schwangerschaft zu einer Lebendgeburt führen. Neben der Anzahl der vorausgegangenen Fehlgeburten hängt die geschätzte Wahrscheinlichkeit für eine Lebendgeburt unter anderem auch vom Alter der Mutter ab. Einer dänischen Registerstudie zufolge besteht beispielsweise bei einer 30-jährigen Frau auch nach drei Fehlgeburten eine Wahrscheinlichkeit von rund 70 %, dass die nächste Schwangerschaft mit einer Lebendgeburt endet.¹¹²

106 Seit einer Gesetzesänderung im Mai 2013 (Änderung der Personenstandsverordnung § 31 Abs. 2 PStV) ist es auch im Falle einer Fehlgeburt möglich, die Geburt des Kindes beim Standesamt anzuzeigen und eine Geburtsurkunde ausstellen zu lassen. Damit wird die Existenz des Kindes dokumentiert, was den Eltern bei der Bewältigung der Trauer helfen kann. Siehe z. B. auch <https://www.fruehgeborene.de/familie/sternenkinder.htm>

107 Deutscher Bundestag: Kurzinformation: Datenlage zu Fehlgeburten in Deutschland. Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags 2023.

108 Quenby S et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021; 397: 1658-1667.

109 Moghaddam N. Die Rolle der Genetik bei Fehlgeburten: Mögliche Einflüsse auf ein Abortgeschehen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin, Mainz 2022: 3. https://openscience.ub.uni-mainz.de/bitstream/20.500.12030/9159/1/die_rolle_der_genetik_bei_feh-20230529221556616.pdf

110 Deutscher Bundestag. Kurzinformation: Datenlage zu Fehlgeburten in Deutschland. Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags 2023.

111 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.). S2k Leitlinie Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten. AWMF-Leitlinie 015/050. Version 6.1, 2022:42-43.

112 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.). Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten. AWMF-Leitlinie 015/050. Version 6.1; 2022: 42-43; basierend auf: Kolte AM et al. Chance of live birth: a nationwide, register-based cohort study. *Human Reproduction* 2021; 36(4): 1065-1073.

Psychische Belastungen durch Fehlgeburten

Internationalen Studien zufolge ist bei Frauen mit einer oder mehreren vorausgegangenen Fehlgeburten das Risiko psychischer Erkrankungen erhöht, darunter Angststörungen, Depressionen, Traumata und Suizide.¹¹³ Eine englische Studie ergab, dass obwohl sich die psychischen Belastungen mit der Zeit reduzierten, neun Monate nach der Fehlgeburt noch 17 % der betroffenen Frauen klinisch relevante Angstsymptome aufwiesen, 5 % hatten klinisch relevante Depressionssymptome und 16 % erfüllten die Kriterien für posttraumatischen Stress.¹¹⁴ Frauen mit drei oder mehr Fehlgeburten sind häufiger betroffen als Frauen mit einer oder zwei Fehlgeburten.¹¹⁵ Auch bei den Partnern besteht das Risiko psychischer Belastungen und Störungen nach einer Fehlgeburt, wenn auch in niedrigerem Umfang verglichen mit den betroffenen Frauen.¹¹⁶

Frauen, die mehrere Fehlgeburten hatten, weisen neben den beschriebenen psychischen Folgen zudem ein erhöhtes Risiko für körperliche

Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Thrombosen auf.¹¹⁷

Ursachen und Risikofaktoren

Die häufigste Ursache für Fehlgeburten stellen Chromosomenanomalien beim Embryo bzw. Fetus dar, die für rund die Hälfte der Fehlgeburten verantwortlich zeichnen. Zu weiteren Ursachen bzw. Risikofaktoren für Fehlgeburten zählen ein sehr junges oder höheres Alter der Mutter (unter 20 bzw. über 40 Jahre), ein höheres Alter des Vaters (über 40 Jahre), weitere genetische Faktoren, anatomische Probleme wie Anomalien der Gebärmutter, Verletzungen von außen, Vorerkrankungen der Mutter wie beispielsweise Diabetes mellitus und Schilddrüsenerkrankungen sowie Infektionen wie beispielsweise Röteln (siehe hierzu auch den Abschnitt zu Infektionsgefahren und Impfungen). Hinzu kommen lebensstilassoziierte Risikofaktoren, insbesondere der Konsum von Tabak, Alkohol oder anderen Drogen, Über- und Untergewicht der werdenden Mutter und umweltbezogene Risikofaktoren wie Schadstoffe und Luftverschmutzung. Auch psychische Belastungen, Stress und Nachtarbeit sind assoziiert mit Fehlgeburten. Zudem können vor-

113 Quenby S et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021; 397: 1658-1667; Kolte AM et al. Depression and emotional stress is highly prevalent among women with recurrent pregnancy loss. *Human Reproduction* 2015; 30(4): 777-782.

114 Farren J et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222(4): 367.e1-e22.

115 He L et al. Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2019; 300: 1061-1066.

116 Voss P et al. Recurrent pregnancy loss: a shared stressor---couple-orientated psychological research findings. *Fertility and Sterility* 2020; 114(6): 1288-1296; Farren J et al. Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: multicenter prospective cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2021; 57: 141-148.

117 Quenby S et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021; 397: 1658-1667.

angegangene Fehlgeburten (persönlich oder auch in der Familie) das Risiko für eine weitere Fehlgeburt erhöhen.¹¹⁸

Totgeburten können ebenso eine Vielzahl an Ursachen haben, wie u. a. Infektionen, Störungen der Plazenta, Erkrankungen der Mutter, Nabelschnurkomplikationen oder genetische Probleme. Einer US-amerikanischen Studie zufolge ist die Ursache bei Totgeburten in rund 25 % der Fälle unklar, die häufigsten Ursachen für Totgeburten stellten Schwangerschaftskomplikationen sowie Störungen der Plazenta dar.¹¹⁹

Für die Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten liegt eine ausführliche S2k-AWMF-Leitlinie vor, die unter anderem von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erstellt wurde.¹²⁰

Prävention und Unterstützungsangebote

Viele und insbesondere früh im Verlauf der Schwangerschaft eintretende Fehlgeburten können, so tragisch sie für die Betroffenen sind, nicht vermieden werden. Beispielsweise ist eine

ursächliche Therapie der Chromosomenanomalien, die die häufigste Ursache für Fehlgeburten darstellen, nicht möglich.¹²¹ Dennoch eröffnen die oben genannten Risikofaktoren für Fehl- und Totgeburten Präventionsmöglichkeiten. Bereits wenn Frauen eine Schwangerschaft planen, werden ein gesunder Lebensstil mit ausgewogener Ernährung, körperlicher Aktivität, Alkoholverzicht und Rauchverzicht sowie ein altersentsprechender, vollständiger Impfschutz besonders empfohlen.¹²² Der **Schwangerenvorsorge** mit Vorsorgeuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung und Begleitung von Risikoschwangerschaften sowie der Beratung und Aufklärung zu Lebensstilaspekten und empfohlenen Impfungen kommt hier eine besondere Rolle zu (siehe auch den Abschnitt zur Schwangerenvorsorge), ebenso wie Arbeitsschutzmaßnahmen während der Schwangerschaft.

Eine wichtige verhältnispräventive Maßnahme sind Mutterschutzfristen sowie der (vorgeburtliche) Mutterschutz, welcher mit einem Anspruch auf mutterschutzgerechte Arbeitsbedingungen, besonderem Schutz vor Kündigung, Beschäftigungsverbot in den Wochen vor und nach der Geburt und der Sicherung des Einkom-

118 Siehe z. B. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.). Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten. AWMF-Leitlinie 015/050. Version 6.1; 2022; Moghaddam N. Die Rolle der Genetik bei Fehlgeburten: Mögliche Einflüsse auf ein Abortgeschehen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin, Mainz 2022: 10-22. https://openscience.ub.uni-mainz.de/bitstream/20.500.12030/9159/1/die_rolle_der_genetik_bei_fehl-20230529221556616.pdf; Zhang T et al. Traditional and molecular chromosomal abnormality analysis of products of conception in spontaneous and recurrent miscarriage. BJOG 2018; 125: 414-420; Quenby S et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. Lancet 2021; 397: 1658-1667; Woolner AMF et al. Family history and risk of miscarriage: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(12):1584-1594. 2020.

119 Silver RM et al. Causes of Death Among Stillbirths. The Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. JAMA 2011; 306(22): 2459-2468.

120 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.). Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten. AWMF-Leitlinie 015/050. Version 6.1; 2022.

121 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.). Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten. AWMF-Leitlinie 015/050. Version 6.1; 2022.

122 Koletzko B et al. Diet and Lifestyle Before and During Pregnancy – Practical Recommendations of the Germany-wide Healthy Start – Young Family Network. Geburtshilfe Frauenheilkunde 2018; 78(12): 1262-1282.

mens während des Beschäftigungsverbots einhergeht.¹²³

Kürzlich wurde im **Bundesrat die Einführung eines gestaffelten Mutterschutzes bei Fehlgeburten gefordert**, um der Ungleichbehandlung von Betroffenen einer Tot- und einer Fehlgeburt entgegenzutreten.¹²⁴ Die Hebammenhilfe der gesetzlichen und privaten Krankenkassen steht Müttern zwar auch nach einer Fehl- oder Totgeburt zu.¹²⁵ Ebenfalls stehen psychotherapeutische Angebote bei resultierenden psychischen Erkrankungen zur Verfügung. Allerdings löst aktuell eine Fehlgeburt keine mutterschutzrechtlichen Folgen aus, mit Ausnahme des besonderen Kündigungsschutzes bei einer Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche. Der Bundesrat schlägt in seiner Entschließung vor, dass die Dauer des Mutterschutzes gestaffelt werden und deutlich vor der 20. Schwangerschaftswoche beginnen sollte. Die Zeit der Schutzfrist solle sich entsprechend der Schwangerschaftsdauer verlängern. Die erweiterten Mutterschutzfristen sollen Frauen nach einer Fehlgeburt die Zeit geben, den Verlust zu verarbeiten, wo angezeigt mit professioneller Unterstützung, und sich körperlich zu erholen. Zudem soll vermieden werden, dass Frauen nach einer Fehlgeburt unnötigen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind.

Sensibilisierung für Fehl- und Totgeburten und Unterstützungsangebote

Die Enttabuisierung und Aufklärung rund um die Thematik der Fehl- und Totgeburten sind wichtig, um Schamgefühlen und falschen Schuldgefühlen vorzubeugen, denn diese können der Inanspruchnahme von Prävention und Hilfen im Weg stehen.¹²⁶ Unter anderem stellt die **Schwangerenvorsorge-Kampagne** www.schwangermit-dir.de des Berufsverbands der Frauenärzte e. V. einfühlsame Informationen zum Thema „Fehlgeburt“ zur Verfügung, um Aufklärung in den Vordergrund zu stellen, mögliche Unsicherheiten aufzulösen und Fragen zu klären. Dabei nehmen Themen, die auch in der gynäkologischen Praxis angesprochen werden, den Großteil der Informationen ein. Rechtliche Aspekte wie der Mutterschutzanspruch, der Hebammenanspruch sowie Möglichkeiten der Trauerbewältigung (z. B. im Hinblick auf Bestattungsmöglichkeiten und der Ausstellung einer Geburtsurkunde) werden ebenfalls thematisiert.

Mit den **128 staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen** steht ein flächendeckend verfügbares umfassendes Angebot für Schwangere und Paare zu Verfügung, das im Rahmen der psy-

123 Siehe z. B. Familienportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Was ist Mutterschutz? Verfügbar unter: <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/mutterschutz>

124 Bundesrat. Entschließung des Bundesrates zur Einführung eines gestaffelten Mutterschutzes bei Fehlgeburten. Drucksache 289/24 (Beschluss). 05.07.2024. <https://www.bundesrat.de/SharedDocs/beratungsvorgaenge/2024/0201-0300/0289-24.html>; Die Entschließung wurde an die Bundesregierung zur Entscheidung weitergeleitet. Für das weitere Verfahren der Bundesregierung gibt es keine gesetzlich gesetzten Fristen. Siehe auch <https://www.bundesrat.de/DE/plenum/bundesrat-kompakt/24/1046/16.html>

125 siehe Familienportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Welche Regelungen gelten bei Fehlgeburt, Totgeburt oder Schwangerschaftsabbruch? Verfügbar unter: <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/mutterschutz/welche-regelungen-gelten-bei-fehlgeburt-totgeburt-oder-schwangerschaftsabbruch--125128>

126 Quenby S et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021; 397: 1658-1667.

chosozialen Beratung auch bei Fragen zum Thema Fehl- und Totgeburt und bei einer Entscheidung, die das Leben des ungeborenen Kindes betrifft, unterstützt. Die staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen sowie die katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen stehen auch bei der Vermittlung weiterer Hilfsangebote oder bei Ängsten in späteren Schwangerschaften zur Seite. Informationen dazu finden sich auf der Website des Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales unter: www.schwanger-in-bayern.de sowie speziell zum Thema „Glücklose Schwangerschaft“ <https://www.schwanger-in-bayern.de/schwanger/gluecklos/index.php>

Das **Münchner Sternenkind Netzwerk** des Vereins Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister München e.V. bietet Unterstützung und Begleitung für Mütter, Eltern und Familien, die ein Kind während der Schwangerschaft, kurz nach der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten verloren haben oder erfahren mussten, dass ihr Kind nach der Geburt nur eingeschränkt lebensfähig ist. Auf den Webseiten des Netzwerks erhalten Eltern, Familien und Fachkräfte wichtige Informationen und Angebote rund um das Thema Sternenkinde, darunter Akut- und Trauerbegleitungsangebote, Einzel- und Paargespräche, Sternenkinderguppe, Familiengruppen, Trauerseminare und Gedenkfeiern. Darüber hinaus werden im Rahmen des Projekts ehrenamtliche Trauerbegleiterinnen und Trauerbegleiter geschult und vermittelt. Ein weiteres Ziel ist die Vernetzung mit Fachpersonal in den Münchner Geburtskliniken, niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, um eine zeitnahe Begleitung zu ermöglichen. Weitere Informationen unter: www.muenchner-sternenkind-netzwerk.de

Auch Selbsthilfegruppen können nach einer Fehl- oder Totgeburt wertvolle Unterstützung bieten. Der **Verein Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister München e.V.** nimmt in Bayern auch die Funktionen eines Landesverbandes wahr, vernetzt Selbsthilfegruppen und arbeitet am Aufbau eines bayernweiten Netzwerks von Selbsthilfegruppen für trauernde Familien. Weitere Informationen unter: <https://www.ve-muenchen.de/trauernde-in-bayern/>

Zudem bietet die **Selbsthilfekoordination Bayern** (SeKo Bayern) in ihrer Selbsthilfedatenbank die Möglichkeit, gezielt nach Selbsthilfegruppen zu einem bestimmten Thema zu suchen. Weitere Informationen unter: <https://www.seko-bayern.de/suche-in-selbsthilfedatenbank/suche-nach-selbsthilfethemen/>

Auch die **Initiative REGENBOGEN Glücklose Schwangerschaft e.V.** stellt Informationsmaterial zur Verfügung, vermittelt Ansprechpartner und Kontakte und bietet eine Suche nach Selbsthilfegruppen vor Ort an. Weitere Informationen unter <http://initiative-regenbogen.de/index.php>

Informationen und weitere Hilfen zum Thema Fehl- und Totgeburt bietet auch die Webseite der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.** Weitere Informationen unter: <https://www.familienplanung.de/fehlgeburt-totgeburt/>

Wichtige Anlaufstellen und Angebote

Das Internetportal **Schwanger in Bayern** des Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales stellt nützliche Informationen und Links rund um das Thema Schwangerschaft, Kinderwunsch, Familienplanung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf bereit sowie eine Übersicht über Beratungsstellen, finanzielle Hilfen und Leistungen für Schwangere und Familien. Weitere Informationen unter: www.schwanger-in-bayern.de

Auch das **Zentrum Bayern Familie und Soziales** bietet im Bayerischen Erziehungsratgeber Informationen zu Themen rund um die Schwangerschaft einschließlich Risikoschwangerschaften unter <https://www.baer.bayern.de/schwangerschaft-geburt/schwangerschaft/risikoschwangerschaften/>

Die **128 staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen** sind ein wichtiger Teil der Beratungsstrukturen in Bayern und bieten eine persönliche Beratung, u. a. zu medizinischen oder rechtlichen Fragen. Neben der allgemeinen Schwangerschaftsberatung übernehmen sie auch die Schwangerschaftskonfliktberatung und sind berechtigt, Beratungsbescheinigungen nach § 7 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) auszustellen. Beratungsstellen in der Nähe sind zu finden unter <https://www.stmas.bayern.de/schutz-ungeborenes-leben/beratung/index.php>.

Neben den staatlich anerkannten Beratungsstellen stehen auch die **katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen der Caritas** (<https://www.caritas-bayern.de/unsere-themen/familie-und-generationen/schwangerschaftsberatung/schwangerschaftsberatung>) und des **Sozialdienstes**

katholischer Frauen für eine Beratung zu allgemeinen Fragen und in Konfliktsituationen zur Verfügung (<https://www.skfbayern.de/aufgaben-projekte/schwangerschaftsberatung/>). Diese stellen jedoch keine Beratungsbescheinigung aus, die einen straffreien Schwangerschaftsabbruch ermöglicht. Fast alle Schwangerschaftsberatungsstellen in Bayern bieten auch eine Beratung zur vertraulichen Geburt an.

Weitere gemeinnützige Einrichtungen, die Beratung und Angebote rund um die Themen Kinderwunsch, Schwangerschaft und Betreuung nach der Geburt anbieten, sind z. B. die **Beratungsstelle für Natürliche Geburt und Elternsein** mit Sitz in München (u. a. persönliche, Telefon- und Videoberatung in fünf europäischen Sprachen, Kriseninterventionen, Kurse zu Themen rund um die Geburt, Online-Vorträge für Schwangere und junge Eltern; siehe <https://haeberlstrasse-17.de/de>) und das **FrauenGesundheitsZentrum München** (u. a. Beratung, Begleitung und Unterstützung bei Fragen zu verschiedenen Gesundheits- und gynäkologischen Themen, darunter auch (unerfüllter) Kinderwunsch; siehe www.fgz-muc.de).

Das **Hilfetelefon Schwangere in Not** des Bundesfamilienministeriums bietet unter der Nummer 0800 40 40 020 Schwangeren bei Sorgen oder in Notlagen rund um die Uhr kostenlose und anonyme Erstberatung zu allen Fragen rund um das Thema Schwangerschaft. Bei Bedarf werden Schwangere auch über Möglichkeiten der vertraulichen Geburt beraten. Die Beratung wird in 19 Sprachen angeboten. Zudem ist auch eine Chat- oder Emailberatung möglich. Mehr Informationen unter <https://www.hilfetelefon-schwangere.de/>

Ein Arzt-/Klinik-Verzeichnis mit Adressen von **Frauenärztinnen/Frauenärzten** sowie **gynäkologische Kliniken** und **Kinderwunschzentren** ist zu finden unter: <https://www.frauenaerzte-im-netz.de/aerzte/suche.html?query=80804&submit=Suchen&distance=&type=0>

Der Bayerische Hebammen Landesverband e.V. bietet eine **Suchfunktion nach Hebammen** in der Nähe mit freien Kapazitäten sowie nach verschiedenen Tätigkeitsfeldern unter <https://www.hebammensuche.bayern/>. Darüber kann das **Kursangebot** (Geburtsvorbereitung, Stillgruppen etc.) in der Nähe abgerufen werden unter https://www.hebamensuche.bayern/kursangebot_m.php. Eine entsprechende Suche nach Hebammen vor Ort für gesetzlich Versicherte bietet auch die **Hebammenliste des GKV-Spitzenverbands** unter <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/hebammenliste/hebammenliste.jsp>

Die **Koordinierungsstellen für die Hebammenversorgung** haben als Ziel, die Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen in Bayern sicherzustellen. Sie sind Ansprechpartner für Hebammen, Schwangere und junge Familien. Wenn die eigene Suche erfolglos bleibt, unterstützen die Koordinierungsstellen Schwangere und Familien dabei, eine Hebamme zu finden. Die Koordinierungsstellen gibt es in Bayern noch nicht flächendeckend. Informationen über die Koordinierungsstellen zur Hebammenversorgung in den jeweiligen Regionen und Landkreisen sind auf den Internetseiten der Landratsämter, Gesundheitsämter und Gesundheitsregionen-plus zu finden. **Gesetzliche und private Krankenkassen** bieten neben medizinischen

Leistungen rund um Schwangerschaft und Geburt u. a. auch **Präventionskurse und Apps** mit Informationen zu den Themen Schwangerschaftsverlauf und gesundes Leben in der Schwangerschaft, Erinnerungen an Vorsorgeleistungen, Beratung durch Hebammen und Ärzte sowie videobasierte Bewegungskurse an. Die Angebote sind auf den Internetseiten der jeweiligen Krankenkassen zu finden.

Speziell an Paare mit Kinderwunsch richtet sich das **Informationsportal Kinderwunsch** des Bundesfamilienministeriums <https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/kiwu>. In der Rubrik „Kinderwunschzeit“ werden Materialien, wie Videos, Podcasts, Erfahrungsberichte und Informationen von Kinderwunschberaterinnen rund um den unerfüllten Kinderwunsch bereitgestellt. Darüber hinaus sind Informationen zu Förder- und Beratungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch zu finden.

Selbsthilfegruppen für Frauen und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch werden in München zum Beispiel von der Beratungsstelle für Natürliche Geburt und Elternsein e.V. (<https://haeberlstrasse-17.de/de/unerf%C3%BCllter-kinderwunsch>) sowie dem FrauenGesundheitszentrum München e.V. (<https://www.fgz-muc.de/selbsthilfegruppe-frauen-mit-kinderwunsch/>) angeboten. Zudem bietet die **Selbsthilfekoordination Bayern** (SeKo Bayern) in ihrer Datenbank die Möglichkeit, gezielt nach Selbsthilfegruppen zu einem bestimmten Thema zu suchen. Weitere Informationen unter: <https://www.seko-bayern.de/suche-in-selbsthilfedatenbank/suche-nach-selbsthilfethemen/>

Im Rahmen der Bundesinitiative „**Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit**“ entlastet der Freistaat Bayern seit November 2020 Ehepaare und Paare, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben, mit einem eigenen Förderprogramm zur Kinderwunschbehandlung. Ungewollt kinderlose Paare können auf Antrag bei den Kosten der künstlichen Befruchtung mit einem finanziellen Zuschuss unterstützt werden. Weitere Informationen unter: <https://www.familienland.bayern.de/themen/kinderwunschbehandlungen/index.php>

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte **Informationsportal Embryotox**

der Charité Universitätsmedizin Berlin bietet für Schwangere wie auch Fachkräfte unabhängige, wissenschaftlich abgesicherte aktuelle Informationen zur Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit. Bei Bedarf kann auch eine individuelle Beratung erfolgen. Siehe <https://www.embryotox.de/>

Eine Liste mit allen **Sozialpädiatrischen Zentren mit FASD Diagnostik** nach S3-Leitlinie in Deutschland findet sich unter: <https://www.deutsches-fasd-kompetenzzentrum-bayern.de/wp-content/uploads/2022/12/SPZ-Deutschland-FASD-Diagnostik-01.12.2022.pdf>

Beispielhafte Initiativen und Projekte

Das **Netzwerk Gesund ins Leben** ist ein Zusammenschluss medizinischer und wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Institutionen mit dem Ziel, einen gesunden Lebensstil in der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahren zu fördern. Im Rahmen von bundesweiten **Handlungsempfehlungen** informiert das Netzwerk auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse u. a. zu den Schwerpunkten gesunde Ernährung, Bewegung und Allergievorbeugung. Weitere Informationen unter: <https://www.gesund-ins-leben.de/>

Die **Schwangerenvorsorgekampagne „Schwanger mit dir“** des Berufsverbandes der Frauenärzte bietet Informationen rund um die Themen Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt über Printmaterialien, Social Media sowie die Website www.schwanger-mit-dir.de. Es werden u. a. Informationen zu Ernäh-

rung, Bewegung, Stillvorbereitung, Pränataldiagnostik, Vorsorgeleistungen und Impfungen für Schwangere vermittelt und auch sensible Themen wie Fehlgeburten angesprochen.

Im Rahmen des Gesundheitsprojekts **MiMi (Mit Migranten für Migranten)** werden Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren ausgebildet, die ihre Landsleute mehrsprachig und kultursensibel über die Aufgaben und Strukturen des Gesundheitssystems und weitere gesundheitsrelevante Themen wie Impfschutz, Familienplanung und Schwangerschaft, Diabetes oder Kindergesundheit informieren. Zudem stellt das Projekt Ratgeber und weitere Materialien in verschiedenen Sprachen zur Verfügung, u. a. den in sieben Sprachen vorliegenden **Wegweiser „Müttergesund-**

heiten reduziert und eine Teilnahme an der regulären Schwangerenvorsorge unterstützen soll. Siehe <https://www.mimi-bestellportal.de/shop/publikationen/muettergesundheit/wegweiser-muettergesundheit-2018-12/>. In Bayern wird das Projekt durch das Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention gefördert. Weitere Informationen unter: www.mimi.bayern

Beispiele für Netzwerke vor Ort

Die **FamilienAPP Landkreis Fürth** bietet Informationen über wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort, relevante Informationen zu den Themen Schwangerschaft und Geburt, Kinder, Jugendliche, Familie und soziale Einrichtungen sowie einen Veranstaltungskalender mit Angeboten verschiedener Institutionen wie Vereine, Verbände und Volkshochschulen. Mehr Informationen unter <https://familie-landkreis-fuerth.de/>

Das im Februar 2024 gestartete Projekt **Hilfe von Profis für Familien** der Gesundheitsregion^{plus} Aschaffenburg richtet sich an Eltern und werdende Eltern. Die zunehmende Kommerzialisierung von Angeboten u. a. im Bereich Schwangerschaft, Geburt und frühe Familienphase zu Themen, die traditionell in den Aufgabenbereich von z. B. Hebammen, Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen sowie andere öffentliche Beratungsstellen fallen, führt zu Verunsicherung unter den (werdenden) Eltern. Um dem entgegenzuwirken und Orientierung zu geben, wird im Rahmen des Projekts eine Webseite erstellt, die auf offizielle und fachlich fundierte Webseiten weiterleitet, um professionelle Hilfe am Wohnort zu finden. Die Webseite soll eine hohe Präsenz in der Region erhalten. Sie soll mittels QR-Code schnell und einfach zugänglich gemacht werden und der QR-Code in Mutterpässen und U-Heften per Aufkleber

platziert und über eine Plakataktion in Arztpraxen sowie an anderen Orten, an denen sich Frauen, Eltern und Familien bewegen, verbreitet werden. Für weitere Informationen siehe https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/gefoiderte_regionen/region/2345518/25

Das **FASD Netzwerk Nordbayern e.V.** bietet Kindern und Jugendlichen mit FASD bzw. Verdacht darauf, deren Familien sowie auch betroffenen Erwachsenen die Möglichkeit sich entweder vor Ort, telefonisch oder per E-Mail beraten und begleiten zu lassen. Des Weiteren bietet das Netzwerk Beratungen und Weiterbildungen für Facheinrichtungen, durch zum Beispiel Vorträge und Workshops, an. Zudem hält das Netzwerk Angebote zur Aufklärung über die Risiken von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft vor, darunter auch die **Wanderausstellung ZERO!**. Hier können Schülerinnen und Schüler die Entwicklung des ungeborenen Kindes in den verschiedenen Phasen der Schwangerschaft begleiten und erfahren, wie Alkohol in der jeweiligen Phase diese Entwicklung stört und was dies für das spätere Leben bedeutet. Es gibt auch eine digitale Ausstellung und eine Materialbox für den Unterricht. Weitere Informationen zum Netzwerk unter: <https://fasd-netz.de/> bzw. zur Wanderausstellung www.wenn-schwanger-dann-zero.de

Die **Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF)** will mit ihrem Projekt der **Schulischen FASD-Primärprävention** Kinder und Jugendliche ab der 4. bis zur 13. Klasse für die Risiken des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft sensibilisieren und über die Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD) aufklären. In interaktiven Informationsveranstaltungen sprechen Ärztinnen und Ärzte der ÄGGF in geschlechtshomogenen

Gruppen im vertrauten Klassenverband über das Thema FASD und die sichere Vermeidung davon durch Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft. Zudem werden Informationsveranstaltungen für Lehrkräfte und Eltern sowie Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte der ÄGGF als Multiplikatoren durchgeführt. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Sternstunden e.V. gefördert. Auch das Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention unterstützt Initiativen der ÄGGF. Weitere Informationen unter: <https://www.aeggf.de/projekte/>

Die **BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“** bietet werdenden Eltern Informationen zu den Risiken des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft und gibt Tipps und Hinweise, wie der Alkoholverzicht gelingen kann. Weitere Informationen unter: <https://www.kenn-dein-limit.de/alkoholverzicht/alkohol-in-der-schwangerschaft/>

Als weiteres Angebot der BZgA in Kooperation mit der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen unterstützt und begleitet das **Online-Aufhörprogramm IRIS** schwangere Frauen und Frauen, die es werden wollen, kostenlos und anonym beim Verzicht auf Alkohol und Tabak. Es bietet Informationen, interaktive Online-Übungen und bei Bedarf individuelle Beratung per Email an. Auch Tipps und Hilfestellungen für werdende Väter, Freunde und Familien zur Unterstützung der Schwangeren werden angeboten. Weitere Informationen unter: www.iris-plattform.de

Das im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von der Universität Tübingen durchgeführte Projekt **„ELAS – E-Learning zu Alkoholkonsum in der**

Schwangerschaft“ entwickelt und erprobt eine Fortbildung für (medizinische) Fachkräfte, die Schwangere betreuen. Ziel ist es, die Fachkräfte zu befähigen, Alkoholkonsum in der Schwangerschaft im Dialog mit den betreuten Schwangeren sensibel und unterstützend anzusprechen. Vermittelt werden Fach- und Hintergrundwissen zum Thema Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, kommunikative Strategien der motivierenden Gesprächsführung und Basistechniken zur Verhaltensänderung und Stabilisierung eines Abstinenzvorhabens. Für weitere Informationen zu dem Internet-basierten Fortbildungsangebot unter: <https://www.medicin.uni-tuebingen.de/de/elas-fortbildung>

Ziel des Forschungsprojekts **SMART-Start** ist es, zu untersuchen wie zunehmend verbreitete Techniken wie Fitness-Tracker und Smartwatches und darüber gewonnene Daten im Rahmen der regulären Schwangerschaftsvorsorge verwendet werden können. Dies könnte zu einer Verlagerung von Aspekten der Schwangerenvorsorge in den häuslichen Bereich und einer Vereinfachung der Vorsorge führen. Hierbei soll eine eigens entwickelte App, die im Wesentlichen einen digitalen Mutterpass darstellen soll und in die schrittweise zusätzliche Funktionalitäten integriert werden, sowie künstliche Intelligenz Anwendung finden. Darüber hinaus werden im Rahmen des Vorhabens die gesellschaftliche Akzeptanz, ethische, medizinrechtliche und gesundheitsökonomische Aspekte dieses Ansatzes untersucht. Das Projekt wird von der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg unter Beteiligung des Universitätsklinikums Erlangen durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Förderschwerpunkts „Digitale Innovationen“ gefördert. Weitere Informationen unter: <https://www.smartstart.fau.de/>

Die bereits abgeschlossene Interventionsstudie **„Gesund leben in der Schwangerschaft“** (GeliS) wurde als Kooperationsprojekt durch die Technische Universität München-Weihenstephan und das Kompetenzzentrum für Ernährung unter Förderung durch die Initiative Gesund.Leben.Bayern. des Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention umgesetzt. Ziel des Projekts war die Erprobung eines Lebensstil-Interventionsprogramms im Hinblick auf die Vermeidung von kindlichem und mütterlichem Übergewicht und der Minimierung damit verbundener gesundheitlicher Risiken für Mutter und Kind. Positive Effekte der Intervention zeigten sich auf ausgewählten Ernährungsparametern, allerdings nicht auf die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft sowie die Inzidenz von Schwangerschaftsdiabetes. Weiterführende Analysen konnten jedoch die aus anderen Studien bekannten Zusammenhänge von Bewegung und Ernährung und gesundheitlichen Aspekten beim Neugeborenen bekräftigen. Das Projekt wurde 2021 mit dem Präventionspreis des EKFZ für Ernährungsmedizin ausgezeichnet. Weitere Informationen und Studienergebnisse unter: <https://www.kern.bayern.de/gelis>

Fachliche Bearbeitung: Dr. Veronika Reisig, Judith Hausmann, Manuel Fenkl, Johannes Brettner, PD Dr. Doris Stöckl, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Redaktion: Dr. Renate Übe, Dr. Martina Enke, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention

Der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, dem Bayerischen Landesamt für Statistik und dem Institut für Therapieforschung (IFT München) danken wir für die Bereitstellung von Daten.

Der Bericht spiegelt den jeweils aktuellen Datenstand zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung wider.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon **089 12 22 20** oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

IMPRESSUM

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention
Haidenauplatz 1, 81667 München,
Gewerbemuseumsplatz 2, 90403 Nürnberg
Telefon: +49 (0)89 95414-0
E-Mail: poststelle@stmgp.bayern.de

Gestaltung: CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg
Stand: November 2024
Artikelnummer: stmgp_frauenges_005

HINWEIS

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.